



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İLGİLİ
TERCİHLERİNİN KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİ İLE
İNCELENMESİ**

Elif İŞLEK

Doktora Tezi

Ankara, 2021

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İLGİLİ
TERCİHLERİNİN KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİ İLE
İNCELENMESİ**

Elif İŞLEK

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2021

KABUL VE ONAY

Elif İşlek tarafından hazırlanan “Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerinin Kesikli Seçim Yöntemi ile İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 04/03/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN (Danışman)

Prof. Dr. Pınar ÖZDEMİR

Prof. Dr. İsmet ŞAHİN

Prof. Dr. Mesut ÇİMEN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

...../...../.....

Elif İŞLEK

I “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Bayram şAHİN** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Elif İşLEK

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle desteklerini benden esirgemeyen, sadece akademik anlamda değil manevi anlamda da her zaman yanımda olup görüşlerini paylaşan tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'e ve tezin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Pınar ÖZDEMİR'e,

Tez izleme komitesinde ve tez savunma sınavında yer alarak görüş ve önerileri ile destek olan Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Prof. Dr. İsmet ŞAHİN ve Prof. Dr. Mesut ÇİMEN'e,

Yoğun çalışma döneminde gerekli desteği sağlayan Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM'a, her daim manevi desteklerini hissettiğim başta ailem ve çalışma arkadaşlarıma,

Tezin hazırlanması sürecinde yardımlarını esirgemeyen Sercan KOCA, Birol TİBET ve Ali Rıza DEMİRBAŞ'a,

Ankete katılım sağlayarak bu çalışmanın gerçekleştirilmesini sağlayan herkese, vermiş oldukları destek, göstermiş oldukları anlayış ve sabır için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak bu tezi bitirmemi her şeyden çok isteyen rahmetli babam Nevzat İŞLEK'e ithaf etmek istiyorum.

ÖZET

İŞLEK Elif. *Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerinin Kesikli Seçim Yöntemi ile İncelenmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2021.

Sağlık hizmetlerinin etkin sunulabilmesi ve sağlık sistemlerinin amacına ulaşabilmesi için sağlık insan gücü kritik bir öneme sahiptir. Buna karşın sağlık insan gücünün adaletli bir şekilde dağılımı gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun tüm ülkelerin ortak sorunudur. Bu nedenle politika yapıcılar sağlık insan gücünün kırsal ve kentsel bölgelerde adaletli dağıtımını için çeşitli yasal düzenlemeler, uygulamalar ve teşvik paketleri geliştirirler. Çalışmada hekim ve hemşirelerin çalışma koşullarına (bölge, ücret, kreş, lojman, kariyer fırsatı, altyapı, eğitim fırsatı ve iş yükü gibi) ilişkin tercihlerini belirlemek, bazı koşullara sahip olmak için maaşlarından ne kadar fedakârlık yapmaya istekli olduklarını ortaya koymak ve katılımcıların özelliklerine göre belirlenen teşvik paketlerini kabul etme olasılıklarını tahmin etmek amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında gelişmişlik düzeyi açısından 1. bölgede yer alan bir il (Ankara) ile 6. bölgede yer alan bir ilde (Ağrı) benzer özelliklere sahip birer devlet hastanesi seçilmiş ve 126 hekim ve 218 hemşire ile görüşülmüştür. Katılımcıların tercihleri üzerinde çalışma koşullarının göreceli etkisini belirlemek için katılımcılara 1. bölge ve 6. bölge için 18 farklı çalışma koşulu senaryosu sunulmuş ve birini tercih etmeleri istenmiştir. Verilerin analizinde mixlogit yöntemi kullanılmış ve çalışma koşullarına yönelik tercihleri etkileyen en önemli özellikler sırasıyla hekimlerde bölge, ücret, eğitim fırsatı, altyapı, kreş, kariyer ve iş yükü iken hemşirelerde ücret, bölge, altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı, lojman, kariyer fırsatı ve kreş olarak bulunmuştur. Özelliklerin katsayıları kullanılarak ödeme istekliliği ve belirli özelliklere sahip bir işi kabul etme olasılıkları hesaplanmıştır. Sonuç olarak hekim ve hemşirelerin belirli bir bölgedeki işi kabul etmelerinde farklı çalışma koşullarının farklı düzeylerde etkisinin olduğunu kesikli seçim yöntemine dayalı olarak ortaya koyan bu çalışmanın politika yapıcılar için kanıtı dayalı bilgiler sunduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Sağlık İnsan gücü, Kesikli Seçim Yöntemi, Hekim ve Hemşire, Çalışma Koşulları, Bireysel Tercih, Sağlık Politikası, Ödeme İstekliliği.

ABSTRACT

ISLEK, Elif. *A discrete choice experiment on nurses' and physicians' preferences for working conditions*, PhD Thesis, Ankara, 2021.

Health workforce has a critical importance in the effective delivery of healthcare services and for health systems to achieve their goals. On the other hand, the maldistribution of health workforce is a common problem of all countries regardless of their level of development. For this reason, policy makers develop various legal regulations, practices and incentive packages for the equitable distribution of the health workforce in rural and urban areas. This dissertation, conducted to determine the preferences of physicians and nurses regarding working conditions, provides evidence-based information for policy makers. Within the scope of the study, a city in the 1st Region (Ankara) and a state hospital in the 6th Region (Ağrı) were selected in terms of development level, and 126 physicians and 218 nurses were interviewed. In this study conducted with the Discrete Choice Experiment (DCE), the participants were presented with 18 hypothetical working condition scenarios with 1st region and 2nd region labels and they were asked to choose one. The analysis of the data has been used in the mixlogit method and the most important features affecting the preferences for working conditions were found to be region, wage, education opportunity, infrastructure, kindergarten, career opportunity and workload for physicians, while wage, region, infrastructure, workload, education opportunity, housing, career opportunity and kindergarten for nurses. Willingness to pay and the probability of accepting a job with certain characteristics were calculated using the coefficients of the attributes. Finally, in order to provide evidence-based information to policy makers, the likelihood of participants taking up specific incentive packages were estimated. As a result it was formed that working conditions have different levels of influence on physicians' and nurses' preference in jobs in a particular region. In addition, discrete choice experiment is a very useful and promising quantitative method in determining the preferences of stakeholders in the field of health.

Key Words

Health workforce, discrete choice experiment, physician and nurse, working conditions, personal preferences, health policy, willingness to pay.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ	5
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN GÜCÜNÜN ÖNEMİ.....	5
1.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ POLİTİKALARI.....	7
1.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ MEVCUT DURUMU	10
1.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜNE İLİŞKİN SORUNLAR	17
1.4.1. Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Eksikliği.....	17
1.4.2. Sağlık İnsan Gücünün Dengesiz Dağılımı.....	18
1.4.3. Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti	23
2. BÖLÜM MOTİVASYON KAVRAMI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE	
ÇALIŞANLARA YÖNELİK KULLANILAN TEŞVİK MEKANİZMALARI	24
2.1. MOTİVASYON TEORİLERİ.....	24
2.1.1. Kapsam Teorileri	25
2.1.2. Süreç Teorileri	29
2.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MOTİVASYON	31

2.3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞANLARA YÖNELİK KULLANILAN TEŞVİK MEKANİZMALARI.....	34
2.3.1. Eğitim.....	38
2.3.2. Yasal Düzenlemeler.....	39
2.3.3. Finansal Teşvikler.....	40
2.3.4. Profesyonel ve Kişisel Gelişim.....	42
3. BÖLÜM KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KULLANIMI.....	46
3.1. KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİNİN TEORİK ALTYAPISI	46
3.2. KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİ VE KULLANIMI.....	51
3.3. KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİNİN UYGULAMA BASAMAKLARI.....	57
3.3.1. Özelliklerin ve Seviyelerinin Tanımlanması	58
3.3.2. Deneysel Tasarımın Seçilmesi ve Seçenek Setlerinin Oluşturulması	61
3.3.3. Anketin Geliştirilmesi ve Verilerin Toplanması.....	65
3.3.4. Veri girişi.....	65
3.3.5. Analiz ve Yorumlama.....	66
4. BÖLÜM GEREÇ VE YÖNTEM.....	73
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	73
4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	74
4.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE UYGULAMA	74
4.3.1. Değişkenlerin Belirlenmesi.....	76
4.3.2. Senaryoların Üretilmesi	79
4.3.3. Soru Formlarının Oluşturulması	82
4.3.4. Gerekli İzinler ve Uygulama.....	83
4.3.5. Veri Girişi	85
4.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE SINIRLILIKLARI	92

5. BÖLÜM BULGULAR.....	93
5.1. HEKİMLERE AİT BULGULAR.....	93
5.2. HEMŞİRELERE AİT BULGULAR	131
6. BÖLÜM TARTIŞMA	176
7. BÖLÜM SONUÇ VE ÖNERİLER.....	194
KAYNAKÇA	202
EKLER.....	218

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DCE	Discrete Choice Experiment
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GP	General Practitioner
İBBS	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
KSY	Kesikli Seçim Yöntemi
MXL	Mixlogit Analizi
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PDC	Personel Dağılım Cetveli
PDEÖS	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemini
RMB	Remninbi/Çin Yuanı
SAİK	Sağlıkta İnsan Kaynakları
SB	Sağlık Bakanlığı
TDK	Türk Dil Kurumu
TL	Türk Lirası
TSH	Tanzanya Şilini
TÜFE	Tüketici Fiyat Endeksi
WHO	World Health Organization
WTA	Willingness to Accept
WTP	Willingness to Pay
VDN	Vietnam Dongu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2018	11
Tablo 2.	Sağlık Çalışanlarının Kırsal ve Uzak Bölgelere Çekilmesi, İstihdamı ve Tutulmasına Yönelik Müdahale Alanları.....	37
Tablo 3.	Sağlıkta İnsan Kaynaklarına İlişkin Yürütülen KSY Çalışmaları.....	54
Tablo 4.	Özelliklere Ait Seviyelerin Tanımlanması Örneği.....	60
Tablo 5.	Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulu Özellikleri ve Alt Seviyeleri	78
Tablo 6.	Eğitim Fırsatı Özelliğinin Seviyelerine Ait Açıklamalar.....	79
Tablo 7.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	85
Tablo 8.	Özelliklerin Veri Girişi Sırasında Kodlanması	86
Tablo 9.	Hekimlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=126)	93
Tablo 10.	Hekimlerin Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular (N=126).....	96
Tablo 11.	Hekimlerin Buldukları İllere Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	97
Tablo 12.	Hekimlerin Cinsiyete Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular.....	98
Tablo 13.	Hekimlerin Yaşa Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular.....	99
Tablo 14.	Hekimlerin Memleketlerinin Bulunduğu Bölgeye Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	101
Tablo 15.	Hekimlerin Memleketlerinin Merkez veya Taşra Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	102
Tablo 16.	Hekimlerin Üniversiteyi Okudukları İlin Bulunduğu Bölgeye Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	103
Tablo 17.	Hekimlerin Uzmanlık Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	105

Tablo 18. Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	106
Tablo 19. Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	107
Tablo 20. Hekimlerin İkamet Ettikleri Evin Mülkiyet Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	108
Tablo 21. Hekimlerin Aylık Ortalama Gelir Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	109
Tablo 22. Hekimlerin Buldukları Şehirde Çalışma Sürelerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	110
Tablo 23. Hekimlerin Çalıştıkları Kurum Sayısına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	112
Tablo 24. Hekimlerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	113
Tablo 25. Hekimlerin Mecburi Hizmetlerini Tamamlama Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	114
Tablo 26. Hekimlerin Daha Önce Kırsal Bölgede Çalışmış Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	115
Tablo 27. Hekimlerin Genel Sağlık Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	116
Tablo 28. Hekimlerin Yapmış Oldukları Tercihlere Göre Çalışma Koşulu Özelliklerinin Önem Sıralaması.....	117
Tablo 29. Hekimleri Kırsal Bir Bölgede Çalışmaya Teşvik Edecek Unsurların Önem Derecesine Göre Sıralanması	118
Tablo 30. Hekimlerin Soru Setlerine İlişkin Değişkenler, Seviyeler, Beta Katsayıları ve Ödeme İstekliliği Hesaplamaları	119
Tablo 31. Hekimlerin Soru Setlerinde Yer Alan Alternatiflere İlişkin Tercihlerinin Dağılımı (N=126).....	120

Tablo 32. Soru Setlerinde Yer Alan Alternatiflere Göre Oluşturulan Teşvik Paketlerinin Hekimler Tarafından Seçilebilme Olasılığı	121
Tablo 33. Hekimler İçin Teşvik Paketi Önerileri ve Tercih Edilebilme Olasılığı.....	129
Tablo 34. Hekimleri Kırsal Bölgelerde Çalışmaya Teşvik Edebilecek Diğer Özendiriciler.....	130
Tablo 35. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=218).....	131
Tablo 36. Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular (N=218).....	134
Tablo 37. Hemşirelerin Buldukları ile Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	135
Tablo 38. Hemşirelerin Cinsiyete Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular.....	136
Tablo 39. Hemşirelerin Yaşa Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular.....	137
Tablo 40. Hemşirelerin Memleketlerinin Bulunduğu Bölgeye Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	139
Tablo 41. Hemşirelerin Memleketlerinin Merkez veya Taşra Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	140
Tablo 42. Hemşirelerin Üniversiteyi Okudukları İlin Bulunduğu Bölgeye Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	141
Tablo 43. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	143
Tablo 44. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	144
Tablo 45. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	145
Tablo 46. Hemşirelerin İkamet Ettikleri Evin Mülkiyet Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	146

Tablo 47. Hemşirelerin Aylık Ortalama Gelir Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	147
Tablo 48. Hemşirelerin Aylık Ortalama Toplam Hane Halkı Gelir Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	148
Tablo 49. Hemşirelerin Buldukları Şehirdeki Çalışma Sürelerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	149
Tablo 50. Hemşirelerin Kurumlarındaki Çalışma Sürelerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	150
Tablo 51. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurum Sayısına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	152
Tablo 52. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	153
Tablo 53. Hemşirelerin İdari Görevi Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	154
Tablo 54. Hemşirelerin Kadro Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	155
Tablo 55. Hemşirelerin Daha Önce Kırsal Bölgede Çalışmış Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	156
Tablo 56. Hemşirelerin Genel Sağlık Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	157
Tablo 57. Hemşirelerin Kronik Hastalık Sahibi Olma Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular	158
Tablo 58. Hemşirelerin Yapmış Oldukları Tercihlere Göre Çalışma Koşulu Özelliklerinin Önem Sıralaması	160
Tablo 59. Hemşireleri Kırsal Bir Bölgede Çalışmaya Teşvik Edebilecek Koşulların Önem Derecesine Göre Sıralanması	161
Tablo 60. Hemşirelerin Soru Setlerine İlişkin Değişkenler, Seviyeler, Beta Katsayıları ve Ödeme İstekliliği Hesaplamaları	162

Tablo 61. Hemşirelerin Soru Setlerinde Yer Alan Alternatiflere İlişkin Tercihlerinin Dağılımı (N=218).....	163
Tablo 62. Soru Setlerinde Yer Alan Alternatiflere Göre Oluşturulan Teşvik Paketlerinin Hemşireler Tarafından Seçilebilme Olasılığı	164
Tablo 63. Hemşireler İçin Teşvik Paketi Önerileri ve Tercih Edilebilme Olasılığı....	173
Tablo 64. Hemşireleri Kırsal Bölgelerde Çalışmaya Teşvik Edecek Diğer Özendiriciler.....	174
Tablo 65. Araştırmadaki Ücret Seviyeleri İçin Paranın Bugünkü Değer Hesaplamaları.....	175

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2018	12
Şekil 2. İllere Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, 2018	13
Şekil 3. 100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2017	14
Şekil 4. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2018	15
Şekil 5. İllere Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, Tüm Sektörler, 2018	16
Şekil 6. 100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2017	17
Şekil 7. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi	26
Şekil 8. Sağlık Personeli Motivasyonunun Kavramsal Çerçevesi	32
Şekil 9. Sağlık Personelinin Mesleklere Göre İş Doyumu, Motivasyon ve Bağlılık Durumları.....	33
Şekil 10. Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Durumlarını Etkileyen Unsurlar.....	34
Şekil 11. Sağlık Çalışanlarının Kırsal Bölgede Çalışma Kararlarını Etkileyen Faktörler	36
Şekil 12. Kesikli Seçim Yönteminde Bir Soru Seti/Seçenek Örneği	52
Şekil 13. Katılımcılara Sunulan Etiketsiz Seçeneklerden Biri (Kolstad, 2011).....	56
Şekil 14. Katılımcılara Sunulan Etiketli Seçeneklerden Biri (Blaauw vd., 2010)	56
Şekil 15. Araştırmanın Basamakları.....	75
Şekil 16. Ngene Programı ile Oluşturulan Deneysel Tasarım	81
Şekil 17. Oluşturulan Senaryo ve Soru Setleri Örneği.....	83

Şekil 18. Stata Komutunun Açıklanması	88
Şekil 19. Stata MXL Analiz Sonuçlarının Açıklanması	89

GİRİŞ

Bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişebilmeleri anayasal ve evrensel bir haktır. Bu nedenle devletler tüm vatandaşlarına sağlık hizmeti sunmak ve sunulan hizmetlere de vatandaşlarının erişebilmelerini sağlamakla görevlidir. Günümüzde ister gelişmiş ve isterse gelişmekte olan ülkelerde olsun sağlık insan gücü ile ilgili en önemli sorunlardan biri kırsal bölgelerde görülen sağlık çalışanı azlığıdır. Ulusal düzeyde sağlık göstergelerinin iyileştirilebilmesi, sağlığa erişimde hakkaniyetin sağlanabilmesi ve bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için sağlık çalışanlarının istihdamında dengeli bir dağılımın sağlanabilmesi çok önemlidir (WHO, 2006, 2010a; Zurn ve diğerleri, 2002).

Sağlık çalışanlarının yoksul, uzak bölgeler ya da sıkıntılı sanayi alanları yerine ekonomik, fiziksel ve sosyal açıdan cazip alanlarda çalışma isteği daha fazladır. Bunun sonucu olarak ortaya çıkan sağlıktaki işgücünün dengesiz dağılımı, sağlık hizmetinin sunumunda hakkaniyetin sağlanamamasında ve beraberinde sağlık göstergeleri ile ilgili bölgesel farklılıkların azaltılmasının önünde ciddi bir engel oluşturmaktadır (Girasek ve diğerleri, 2010; Larson ve diğerleri, 2003; Lehmann ve diğerleri, 2008; WHO, 2006).

Bölgeler arası bu farklılıkların azaltılması ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanabilmesi için ülkelerin uzun yıllardan beri çözüm yolları aradığı bilinmektedir. Kırsal bölgelerde çalışmaya yönelik uygulanmış ve ülkelerinde başarılı olmuş teşviklerin bazıları; yüksek maaş uygulaması, eğitime yönelik teşvikler kullanmak (kırsal bölgelerde sağlıkla ilgili okullar açma gibi), eğitim finansmanına yönelik teşvikler kullanmak (mezunların belirli bir süreliğine kırsal bölgelerde hizmet vermeleri karşılığında burs veya kredi sağlamak vs.), kentsel bölgelerde hekim sayısının fazla olduğu alanlarda çalışmayı kısıtlamak, kırsal bölgelerde çalışmayı kabul karşılığında kariyer fırsatı veya ek çalışma ödenekleri vermek şeklinde sıralanabilir (Lehmann ve diğerleri, 2008; Serneels ve diğerleri, 2006; WHO, 2010b).

Türkiye’de sağlıkta insan kaynakları (SAİK) ile ilgili olarak Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren pek çok reform ve uygulama hayata geçirilmiştir. Bu reformlar personel sayısının artışıdan dağılımdaki dengesizliklerin düzeltilmesine kadar pek çok konuda iyileştirmeler sağlamıştır. Bu iyileştirmelerin sağlanmasında dört önemli insan kaynakları reformu rol oynamıştır. 1. Hekimlere zorunlu hizmet uygulaması, 2. Personel atamalarında dağılım cetvellerinin kullanılarak sınırlamalar getirilmesi, 3. Sözleşmeli personel istihdamı ve 4. Performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulaması. Bu reform ve uygulamalardan ilk üçü personelin gönüllülüğünden uzak, bağlayıcı ve zorlayıcı uygulamalardır. Ancak sağlık insan gücündeki sayısal azlık ve dağılımdaki dengesizlik sorunları halen devam etmektedir.

Türkiye’de ulusal düzeydeki istatistikler sağlık personelinin sayıca azlığına ve dengesiz dağılımına işaret etmektedir. Öyle ki 2018 verilerine göre 100.000 nüfus başına düşen hekim sayısı 187, hemşire ve ebe toplamı 301’dir. Bu sayı AB (Avrupa Birliği) ve OECD ortalamalarının çok altındadır. Buna ek olarak hekim yoğunluğu açısından en iyi durumdaki illerde bu sayı 188’in üzerinde iken en kötü durumdaki illerde 130’un altında, hemşire ve ebelerde ise en iyi durumdaki illerde 350’nin üzerinde ve en kötü illerde 272’nin altındadır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Politika yapıcıların çeşitli zorunluluklar içeren teşvik paketlerinden ziyade literatürde kırsal kesimde ya da yetersiz hizmet alan bölgelerde gönüllü olarak çalışmayı tercih eden sağlık çalışanlarının sözleşmeli ya da zorunlu olarak çalışanlara göre daha uzun dönemli kaldıklarına vurgu yapılmaktadır (Sempowski, 2004). Bu sebeple çalışanların isteyerek bir bölgede kalmaları ve memnuniyetleri sağlık reformlarının hedeflerine ulaşılmasında etkili olmaktadır.

Türkiye’de sağlık personeli memnuniyeti ile ilgili ulusal düzeyde yürütülen en son çalışmaya göre çalışanların %64,6’sının genel olarak işlerinden memnun olduğu, %13,5’inin ise memnun olmadığı bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Ayrıca Sağır (2004) altı ayrı sektörde çalışan kişiler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, bu sektörler arasında motivasyonu en düşük olan grubun sağlık çalışanları olduğunu saptamıştır. Bu da politika yapıcıların sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırıcı teşvikler üzerinde daha

fazla durmaları gerektiğine bir kanıt teşkil edebilir. Ancak sağlık personelinin performansını artırıcı stratejilerin neler olduğu ve ücret ya da çalışma koşulları gibi faktörlerin motivasyonu ve tercihleri nasıl etkilediği, iş seçimlerini nelerin belirlediği ve iş seçimlerini etkileyen faktörlerin önemine ilişkin niceliksel bulgular içeren yeterli miktarda kanıt bulunmamaktadır (Chopra ve diğerleri, 2008; Lagarde ve Blaauw, 2009; Mangham ve Hanson, 2008; McCoy ve diğerleri, 2008; Chomitz ve diğerleri, 1999; Mangham ve Hanson, 2008; Mangham ve diğerleri, 2009).

Bireylerin tercihlerini araştırmak için kullanılan yöntemlerden biri de kesikli seçim yöntemi (KSY) (Discrete choice experiment-DCE)'dir. KSY bireylerin tercihlerini ortaya çıkarmak için kullanılan kantitatif bir tekniktir. Öyle ki bireylerin seçilmiş bir hizmet, ürün ya da programla ilgili varsayıma dayalı farklı tercihlere nasıl değer biçtikleri konusunda araştırmacılara detaylı bilgiler sunmaktadır (Mangham ve Hanson, 2008; Mangham ve diğerleri, 2009; Osmanoglu, 2005). KSY sağlık politikalarının belirlenmesi, planlanması ve kaynak tahsisi alanlarında da kullanılmaktadır. Bunlar tanı, tedavi ve bakımla ilgili görüşlerin ortaya çıkarılması (Coast ve diğerleri, 2006; King ve diğerleri, 2007; Kjær ve Gyrd-Hansen, 2008; Lancsar ve diğerleri, 2007), hizmete erişim (Gerard ve Lattimer, 2005; Gerard ve diğerleri, 2008; Rubin ve diğerleri, 2006) ve sağlık personelinin istihdam tercihlerini içerebilmektedir (Mangham ve diğerleri, 2009; Scott, 2001; Ubach ve diğerleri, 2003; Vujicic, Alfano, Shengelia, ve diğerleri, 2010; Wordsworth ve diğerleri, 2004).

KSY son yıllarda sağlık ekonomisi alanında da sıklıkla tercih edilen (Hanson ve diğerleri, 2005; Kjær, 2005, s. 1; Ryan ve Farrar, 2000) bir teknik olmakla birlikte karar vericilere sağlık insan gücü problemleriyle ilgili stratejilerini belirlerken de bilgi verebilecek değerli bir araçtır. Göreceli olarak ucuz ve kolay uygulanabilir bir araştırma yöntemidir. Sağlık hizmetlerinde daha çok tüketicilerin tercihlerini belirlemede kullanılıyor olsa da hizmet sunucuların işle ve istihdamla ilgili tercihlerini belirlemek için de son yıllarda kullanıldığı görülmektedir (Chomitz ve diğerleri, 1999; Gosden ve diğerleri, 2000; Hanson ve Jack, 2008; Kolstad, 2011; Lagarde ve Blaauw, 2009; Mangham ve Hanson, 2008; Mangham ve diğerleri, 2009; Scott, 2001, 2002; Ubach ve diğerleri, 2003). KSY sağlık çalışanlarının hangi iş ve çalışma koşulu özelliklerini önemsendiği, bir özelliğin değerine

göre göreceli önemi, sağlık çalışanlarının bir işin çeşitli özelliklerine ilişkin iyileştirmeler yapılması halinde maaşlarının ne kadarından vazgeçebileceği ve belirli özellikleri olan bir işi kabul etme olasılıklarının ne düzeyde olduğu gibi konularda niceliksel bilgiler sağlayan güçlü bir yöntemdir (WHO, 2012, s. 10).

Bu çalışmada kamuda çalışan hekim ve hemşirelerin ücret, iş yükü, lojman, mezuniyet sonrası eğitim imkânı, kariyer fırsatı ve işyeri altyapısı gibi çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini kırsal ve kentsel bölge gözeterek belirlemek, bu özelliklerden hangisi ya da hangilerinin diğerlerine göre daha önemli olduğunu ortaya koymak, tercihler arasındaki değişimleri/ödünleşimleri belirlemek ve politika yapıcılar için teşvik paketi nerileri sunmak amaçlanmıştır. Bu kapsamda birinci bölümde Türkiye’de sağlık insan gücünün mevcut durumu ve araştırma sorusuna işaret eden sorunlar, ikinci bölümde motivasyon teorileri ve sağlık personelinin motivasyonunu etkileyen unsurlar ve üçüncü bölümde de kesikli seçim yönteminin teorik temelleri ile sağlık insan gücü politikaları alanında kullanımı hakkında bilgiler sunulacaktır.

1. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN GÜCÜNÜN ÖNEMİ

Tüm dünyada sağlık sistemlerinin ortak hedefi topluma etkili, verimli, ulaşılabilir ve kaliteli hizmet sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin emek yoğun bir sektör olması gerçeği ise bu hedefe ulaşmada, insan kaynağını sistemin en önemli ögesi olarak ortaya koymaktadır. Bu bağlamda sağlık iş gücü, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından toplumun sağlık düzeyini koruyan ve geliştiren kişilerden oluşan sağlık sistemlerinin kalbi olarak tanımlanmaktadır (Hongoro ve McPake, 2004, s. 1451; Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2010, s. 411; WHO, 2006, s. 1).

Sağlık insan gücünün sağlık sunum sistemindeki önemini oluşturan en önemli faktörlerden biri de maliyetlerdir. Sağlık hizmetlerinin emek-yoğun bir sektör olması sebebiyle genel olarak tüm dünyada, sağlık sektörü maliyetlerinin yaklaşık %60-75'ini insan gücü maliyetleri oluşturmaktadır. Türkiye'de kamuda ise bu oran yaklaşık %80'dir (Çetin, 2009, s. 3; Ozcan ve Hornby, 1999, s. 210).

Nitelikli ve motivasyonu yüksek sağlık çalışanlarının, doğru yerde, doğru zamanda ve yeterli sayıda sağlanmış olması sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi ve sağlık sonuçlarının iyileştirmesi için kritik bir öneme sahiptir (WHO, 2010b, s. 1). Bununla birlikte, kırsal alanlarda nitelikli sağlık çalışanlarının azlığı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir sorundur. Küresel olarak, kırsal alanlarda toplam hemşire işgücünün sadece %38'i ve toplam doktor işgücünün ise dörtte birinden daha azı ile hizmet verilmektedir. Dünya çapında yaklaşık 1 milyar insan, sağlık çalışanlarına erişememektedir (WHO, 2012, s. 5).

Yapılan çalışmalar SAİK düzeyi ve yoğunluğu ile (nüfus başına düşen hekim ve hemşire sayısı gibi) anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı gibi ülkelerin sağlık durumunu gösteren veriler arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir (Anand ve Bärnighausen,

2004, s. 32; Robinson ve Wharrad, 2001, s. 445). Bu sebeple denebilir ki; sağlık insan g¼c¼ bir toplumda iyi sağlık sonuçlarına ulaşabilmenin en ¼nemli unsurudur. Halk sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sağlıkta insan kaynaklarının nicelik ve nitelik olarak yeterli olmasına bağlıdır.

Sağlık insan g¼c¼n¼n iyi planlanması stratejik bir yaklaşım gerektirir. Toplumun demografik yapısı, ¼zellikleri, ihtiyaçları, k¼lt¼rel ¼zellikleri ve hizmet kullanım alışkanlıkları sağlık insan g¼c¼n¼n planlanmasında g¼z ¼n¼nde bulundurulması gereken fakt¼rlerdir. Bu sebeple sağlıkta insan kaynaklarının planlanmasında; “nicelik”, “nitelik”, “dağılım”, “istihdam”, “zamanlama”, “gereksinim”, “olanaklar” ve “hedef” olmak üzere sekiz ana bileşen olmalıdır (Kılıç, 2007).

Stratejik insan g¼c¼ planlaması yaklaşımından uzak çoğu ¼lkede, sağlık çalışanlarının sayısal yetersizliği, dengesiz dağılımı ve motivasyon d¼ř¼kl¼đ¼ gibi pek çok sorunla karşılaşılmaktadır. Dussault ve Dubois (2003) geçmişte uygulanan teknokratik planlamaların birçok ¼lkede dengesiz dağılım problemlerine neden olduğunu belirtmişlerdir.

¼zellikle DS¼ son yıllarda sağlık insan g¼c¼n¼n sayısal yetersizliği, dengesiz dağılımı ve uluslararası g¼¼ne ilişkin politika uygulamaları ¼zerindeki çalışmalarını artırmıştır. Sağlık alışanlarının dengesiz dağılımının, gelişmiş ve gelişmemiş t¼m ¼kelerde m¼cadele edilen ¼nemli bir problem olması ve kırsal b¼lgelerdeki sağlık insan g¼c¼ne erişimin azlığı sağlıkta hakkaniyetsizliğe neden olmaktadır (WHO, 2006).

D¼nyada ve T¼rkiye’de insan kaynaklarının sağlık sistemleri açısından kritik bir ¼neme sahip olması konusundaki farkındalık son yıllarda artmıştır (Dubois ve Singh, 2009). Bu sebeple de T¼rkiye’de sağlıkta insan kaynaklarının iyileştirilmesi amacıyla birçok uygulama başlatılmıştır. Bu uygulamalar her ne kadar sağlık insan g¼c¼n¼n sayısının artırılması, coğrafı dağılımda dengesizliklerin azaltılması ve eğitim kalitesinin y¼kseltilmesi gibi ¼nemli sonuçlara imza atsa da uluslararası d¼zeyde karşılaştırıldığında

niceliksel yetersizliklerin varoluşu yadsınamaz bir gerçektir (Atun ve diğerleri, 2013, s. 65; Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2010, s. 411; Sağlık Bakanlığı, 2007).

1.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ POLİTİKALARI

Türkiye’de sağlık insan gücünün planlanmasına ilişkin çalışmalar 1923’lerde Refik Saydam dönemi ile başlamıştır. Nüfusa dayalı bir planlama yaklaşımı ile yürütülen çalışmalar sağlık çalışanı sayısında artış sağlamıştır. Bunu takiben 1955’te sağlık çalışanlarının yerinde yetiştirilmesi için her bölgede okulların açılması çalışmalarını içeren on yıllık Milli Sağlık Programı Etüdü başlatılmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı 1960 yılında beş yıllık kalkınma planları kapsamında ihtiyaca ve hedefe yönelik hesaplamalar yapmıştır. Sağlık Bakanlığı (SB) ise 1992 yılında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından sağlık insan gücü planlaması ve geliştirilmesine ilişkin çeşitli arz ve ihtiyaç projeksiyon modelleri uygulamaya başlamıştır. Ülkesel ve bölgesel düzeyde hazırlanan projeksiyonlar ışığında yapılan çalışmalarla sayısal artış ve dağılımda iyileşmeler sağlansa da istendik seviyeye ulaşamamıştır (Şantaş ve diğerleri, 2012).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sosyal, politik, ekonomik, demografik ve epidemiyolojik pek çok faktöre bağlıdır. Bu da hem hizmet altyapısının hem de insan kaynağının nüfusun yoğunluğu, yaş, cinsiyet, mortalite ve morbidite durumuna göre değişen sağlık hizmeti kullanımı ve ihtiyacına göre planlamasını zorunlu kılmaktadır (Ozcan ve Hornby, 1999, s. 210).

Türkiye’de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birçok alanda olduğu gibi sağlıkta insan kaynakları alanında da birtakım düzenlemeler yapılmıştır. “Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti” amaçlayan bu program kapsamında sağlık insan gücü politikaları ile ilgili istihdamın artırılmasına ilişkin sözleşmeli modeller, performansa dayalı ödeme sistemi, tam gün uygulaması gibi birtakım düzenlemeler yapılmıştır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2010).

Türkiye’de sağlık insan gücü planlamaları SB tarafından yürütülmektedir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ileriye yönelik hedeflerin belirlenmesinde arz ve ihtiyaç

projeksiyonları yaparak meslek bazında ulusal ve bölgesel planlamalar yapmaktadır. Buna ek olarak Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan Personel Dağılım /Standart Kadro Cetveline göre iller ve kurumlara göre personel dağılımı yapılmaktadır. Bu cetvellerde her yıl yenilenen kadro ve pozisyon sayıları yer almaktadır. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Müdürlüğü için ayrı ayrı cetveller oluşturulmaktadır. Standart kadro cetvelleri oluşturulurken dikkat edilen kriterler; nüfus, coğrafi özellikler, turizm veya sanayi bölgesi olup olmaması, bölgede bulunan özel sektör veya üniversitelere ait diğer kurumlar ile sağlık kurumlarının alt yapısıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge çerçevesinde sağlık personelinin atama ve yer değişikliği işlemleri gerçekleştirilmektedir (Özkan, 2014, s. 55).

Sağlık insan gücü planlaması, arz ve ihtiyaca dayalı olarak bütüncül bir bakış açısı ile kısa, orta ve uzun vadeli olarak hazırlanırken, mikro yöntemler ile bölgesel ve kurumsal planlamalarla da desteklenmelidir. Bu planlamada tüm sektörler ve hizmetin tüm basamakları göz önünde bulundurulmalı, uygun işgücü, eğitim ve istihdam planlamaları yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Sağlık insan gücü planlamasında üzerinde durulması gereken en önemli hususlar ülke ihtiyaçları ve gerçekleri doğrultusunda planların yapılması ve etkili SAİK yönetiminin sağlanmasıdır. Bunun için sağlık insan gücünün mevcut durum analizi iyi yapılmalı ve sahada yaşanan sorunlar detaylı bir şekilde tanımlandıktan sonra çalışanların beklentileri de dikkate alınarak çözüm önerileri geliştirilmelidir.

Türkiye’de Kamu Sektöründe Sağlık İnsan Gücü İstihdamı

Türk kamu sektöründe 24 Ekim 2019 tarihine kadar Devlet Personel Başkanlığı tarafından yürütülen kamu personeli istihdamına ilişkin çalışmalar, bu tarihte yayınlanan 48 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Cumhurbaşkanlığı İnsan

Kaynakları Ofisi tarafından eşgüdümlü olarak yürütülmektedir. Kurumlar kadro durumları ile ilgili güncel bilgileri Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yönetilen Kamu E-Uygulama bilgi sistemine düzenli olarak girmektedirler. Kadro taleplerini ise Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığına ileterek gerekli onaylar alınmaktadır. Personel alımı ile ilgili yasal çerçeve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 2018).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun Ek birinci maddesi ile Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açıktan Kura ile Atanacak Bazı Sağlık Personelinin Atama Usul ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik hükümlerine göre Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarının ihtiyaçları için, tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile uzman tabip, tabip, uzman dış tabibi, dış tabibi ve eczacı kadrolarına ilk defa veya yeniden yapılacak atama yerleştirme iş ve işlemleri ilan edilen takvim çerçevesinde noter tarafından bilgisayar ortamında kura ile yapılmaktadır (Resmi Gazete, 2021).

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde hekim, diş hekimi ve eczacı dışı sağlık personelinin ataması ise atama yapılacak boş kadroların sınıf ve derecelerinin, kadroların buldukları kurum ve yerlerin, alınacak personel sayısı, genel ve özel koşullarının, son başvuru tarihi, başvuru şekli gibi bilgilerin Resmi Gazete, radyo, televizyon, internet ve diğer basın ve yayın organları ile duyurulmasının ardından seçme işlemleri yapılır. Kamu kesiminde istihdam edilecek personelin 657 sayılı kanununun 47. Maddesindeki şartları taşıması, belirlenen kadrolar için gerekli eğitim düzeyini tamamlamış olması ve 1998 yılında yürürlüğe giren göreve ilk defa atanacaklar için düzenlenen Kamu Personeli Seçme Sınavına girmiş olması gereklidir (Resmi Gazete, 2021). Sınav sonuçlarına göre adayların yerleştirilmesi işlemleri Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yapılır.

Sağlık personelinin merkezi yöntemlerle atanması sağlık insan gücü planlamaları ve yönetimi açısından bir takım avantaj ve dezavantajlar barındırmaktadır. Merkezi bir insan kaynakları yönetimi temel iş süreçlerinin daha verimli ve adaletli bir şekilde yürütülmesi için bir fırsattır. İşe göre ücretlendirme, performans yönetimi, özlük hakların sağlanması

ve iş güvenliğine ilişkin süreçler ulusal düzeyde verimli ve eşit şekilde yönetilebilir. Ayrıca bölgeler, iller ve kurumlar arası farklılıklar ve dengesiz dağılımı makro düzeydeki politikalarla iyileştirmek daha kolay olabilir.

Personel istihdamının merkezi olması ve kurumların bu konuda inisiyatif alamamasının birtakım dezavantajları da bulunabilir. Emek yoğun olan sağlık sisteminde personel ihtiyacı değişiklik gösterebilir ve kimi zaman aciliyet gerekebilir. Ancak merkezi alımlar bu esneklikten uzaktır ve işe alım süreçleri çok uzun sürmektedir. Ayrıca merkezi alımlarda atanan personelin kurumda birlikte çalışacağı kişilerle ve amirleriyle uyumunu, bireyin bölge ve kurum kültürüne uygunluğunu, istekliliğini ve beklentilerini değerlendirmek mümkün olmamaktadır. Bunlar da kişilerin motivasyonu, memnuniyeti, performansı ve özellikle de kırsal bölgelerde uzun süre kalma niyetlerini olumsuz etkileyebilir.

1.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜ MEVCUT DURUMU

Türkiye'de sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu yoluyla sunulmaktadır. 2018 yılı itibari ile toplam sağlık sektörü çalışan sayısı 1.016.401 olup bunun da %63,2'si kamuda çalışmaktadır. Toplam sağlık personeli sayısı 640.034'tür. Sağlık personelinin %54'ü ise hekim ve hemşirelerden oluşmaktadır (Tablo 1).

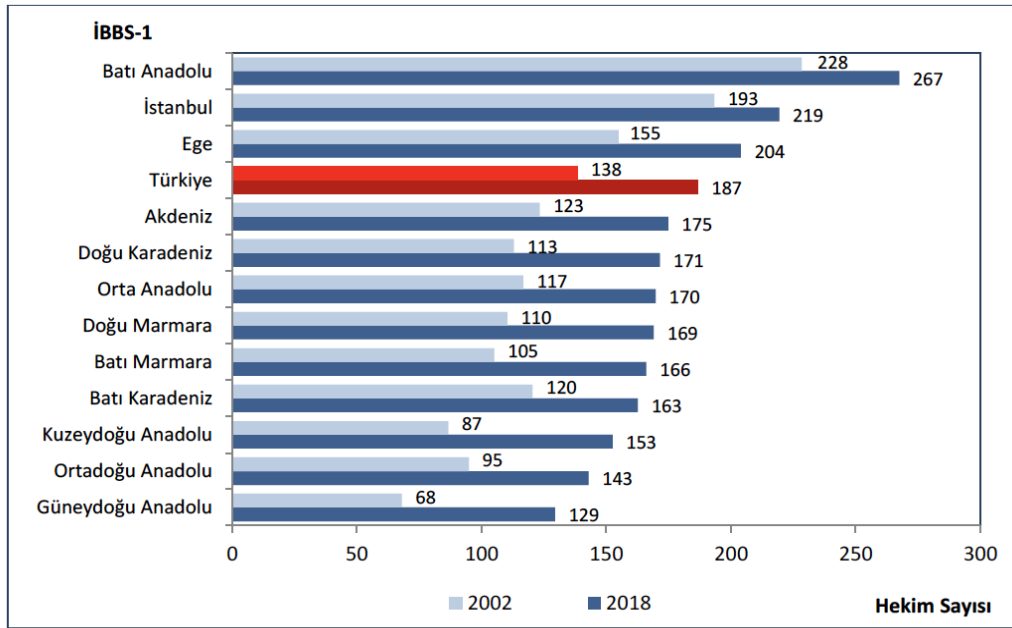
Tablo 1. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2018

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Uzman Hekim	45.457	75.251	77.622	78.620	80.951	82.894
Pratisyen Hekim	30.900	39.045	41.794	43.058	44.649	44.053
Asistan Hekim	15.592	21.320	21.843	23.149	24.397	26.181
Toplam Hekim	91.949	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128
Toplam Diş Hekimi	16.371	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615
Eczacı	22.289	27.199	27.530	27.864	28.512	32.032
Hemşire	72.393	142.432	152.803	152.952	166.142	190.499
Ebe	41.479	52.838	53.086	52.456	53.741	56.351
Diğer Sağlık Personeli	50.106	138.878	145.943	144.609	155.417	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367
Toplam Personel	378.551	823.069	856.792	871.334	920.939	1.016.401

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 225.

Yıllar itibari ile bakıldığında Türkiye’de 2002 ve 2018 yılları arasında sağlık insan gücünde sayısal bir artış mevcuttur. Ancak sağlık insan kaynağının sayısal olarak artışı gerçek ihtiyacın tam olarak karşılanıp karşılanmadığı konusunda yeterli bilgi sağlamamaktadır. Bunun için "altın standart" olarak nitelendirilen çalışan sayısı/nüfus oranı kullanılmaktadır. Popülasyon temelli bir gösterge olan bu oran, yetersizliklerin veya dengesizliklerin tanımlanmasına daha net bir şekilde izin verir (Zurn ve diğerleri, 2002). Bu sebeple nüfus başına düşen personel sayısı kullanılarak iller, bölgeler ve ülkeler arası karşılaştırmalar yapılmalıdır.

İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına (İBBS) göre Türkiye genelinde, 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 2002 yılında 138 iken 2018 yılında 187’ye çıkmıştır. Nüfus başına düşen hekim sayısı açısından en dezavantajlı bölge 2002 yılında Güneydoğu Anadolu iken bu durum 2018’de de değişmemiştir. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 2018 yılında 129 olan bu oran Batı Anadolu için 267’dir. Benzer şekilde bölgeler arası farklılıklar ve eşitsizlikler de sorun olarak mevcudiyetini korumaktadır (Şekil 1).



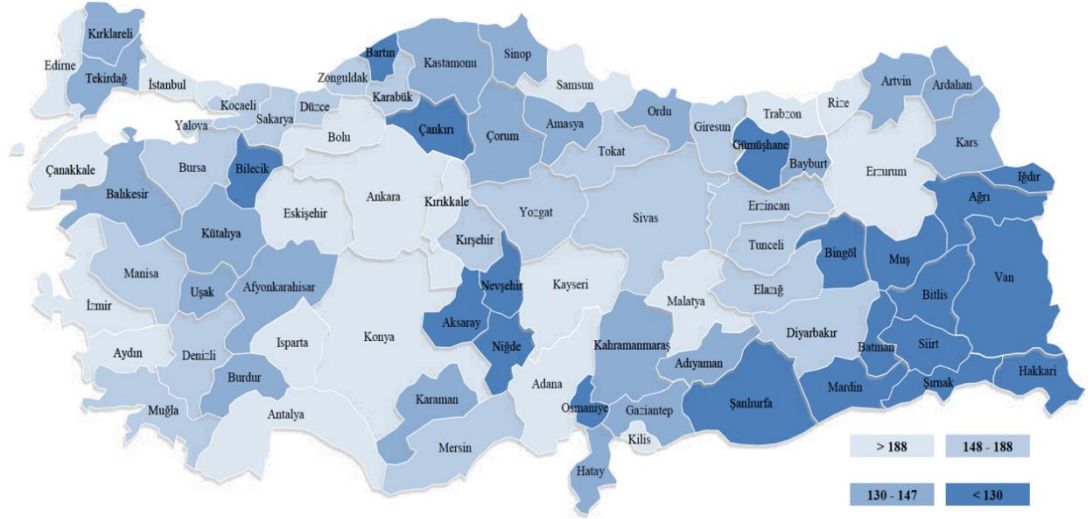
Şekil 1. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2018

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 227.

İllere göre 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısına bakıldığında 2018 yılında hekim yoğunluğunun yüksek olduğu illerde (Ankara, Bolu, Eskişehir, Kırıkkale, Konya, Isparta, Antalya, Edirne, Çanakkale, İzmir, Aydın, Kayseri, Adana, Samsun, Malatya, Kilis, Trabzon, Rize, Erzurum ve İstanbul) bu sayının 188'in üzerinde hekim yoğunluğunun en düşük olduğu illerde ise 130'un altında olduğu görülmektedir. Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgelerine ait Iğdır, Ağrı, Muş, Bingöl, Bitlis, Van, Siirt, Mardin, Hakkari, Şırnak, Batman, Şanlıurfa ve diğer bölgelerden Bartın, Bilecik, Çankırı, Gümüşhane, Aksaray, Nevşehir, Niğde ve Osmaniye hekim yoğunluğu açısından diğer bölgelere göre daha dezavantajlı durumdadır (Şekil 2).

Hekim yoğunluğu açısından en dezavantajlı illerin bulunduğu bölgeler incelendiğinde SAİK açısından mevcut eşitsizliklerin coğrafik durumdan bağımsız olduğu göze çarpmaktadır. Öyle ki en avantajlı illerden olan Erzurum Kuzeydoğu Anadolu, Samsun Batı Karadeniz, Rize Doğu Karadeniz, Kilis Güneydoğu Anadolu Bölgesinde; en

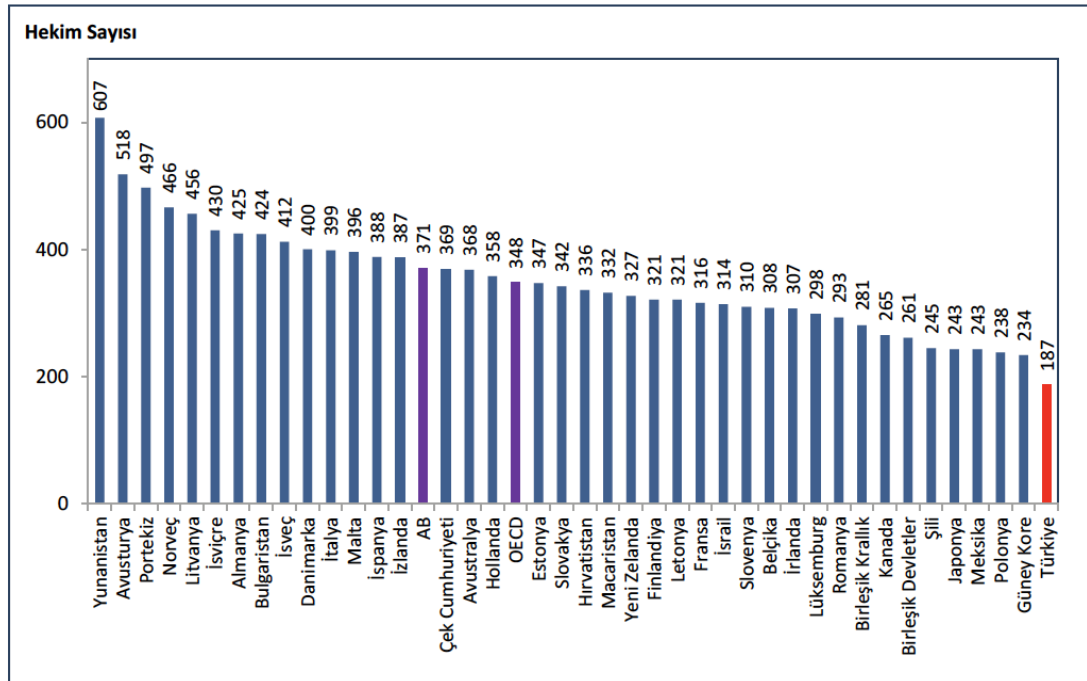
dezavantajlı illerden olan Bartın Batı Karadeniz, Bilecik Doğu Marmara, Gümüşhane Doğu Karadeniz ve Osmaniye Akdeniz Bölgesinde yer almaktadır.



Şekil 2. İllere Göre 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısı, Tüm Sektörler, 2018

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 228.

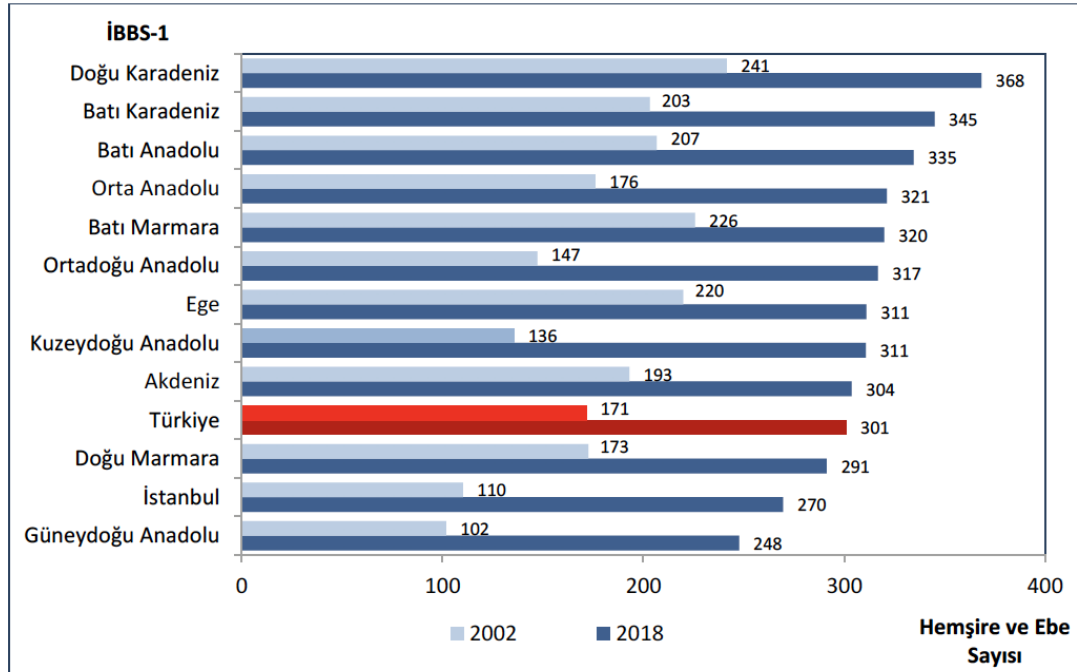
Nüfus başına düşen hekim sayısının uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında OECD ve Avrupa Birliği'ne (AB) üye ülkeler arasında Türkiye'nin en düşük yoğunluğa sahip olduğu görülmektedir. Öyle ki 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının AB ortalaması 371, OECD ortalaması 348 iken Türkiye'de 187'dir (Şekil 3).



Şekil 3. 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2017

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 229. (Türkiye verisi 2018 yılına aittir.)

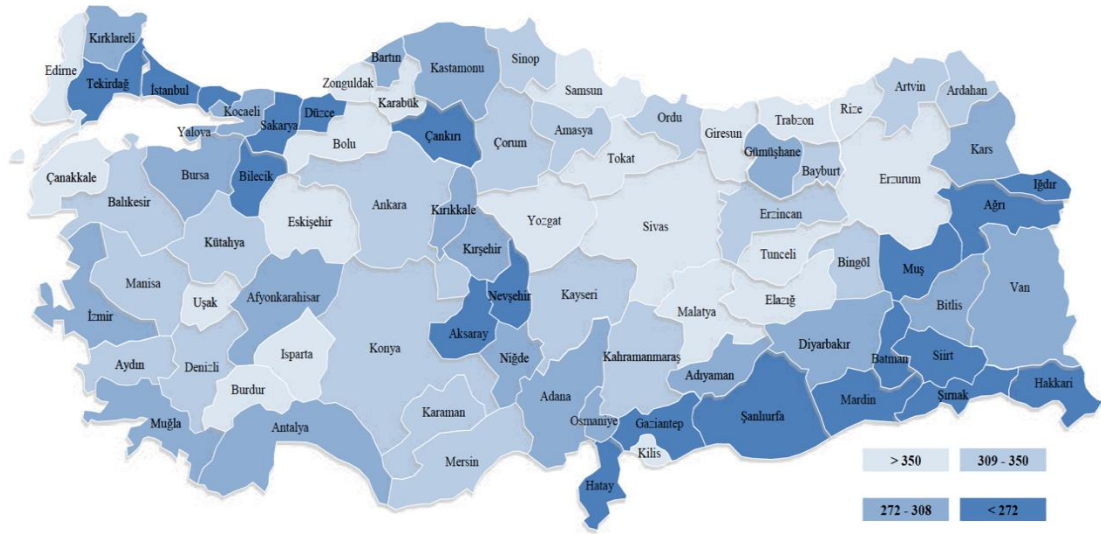
Nüfus başına düşen hemşire ve ebe sayısı 2002 yılında 171 iken 2018 yılında 301'e yükselmiştir. Hemşire ve ebe yoğunluğu açısından en dezavantajlı bölge 2002 ve 2018 yıllarında Güneydoğu Anadolu bölgesidir. Hemşire ve ebe yoğunluğu açısından en avantajlı bölge ise Doğu Karadeniz'dir (Şekil 4).



Şekil 4. İBBS-1'e Göre 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, Tüm Sektörler, 2002, 2018

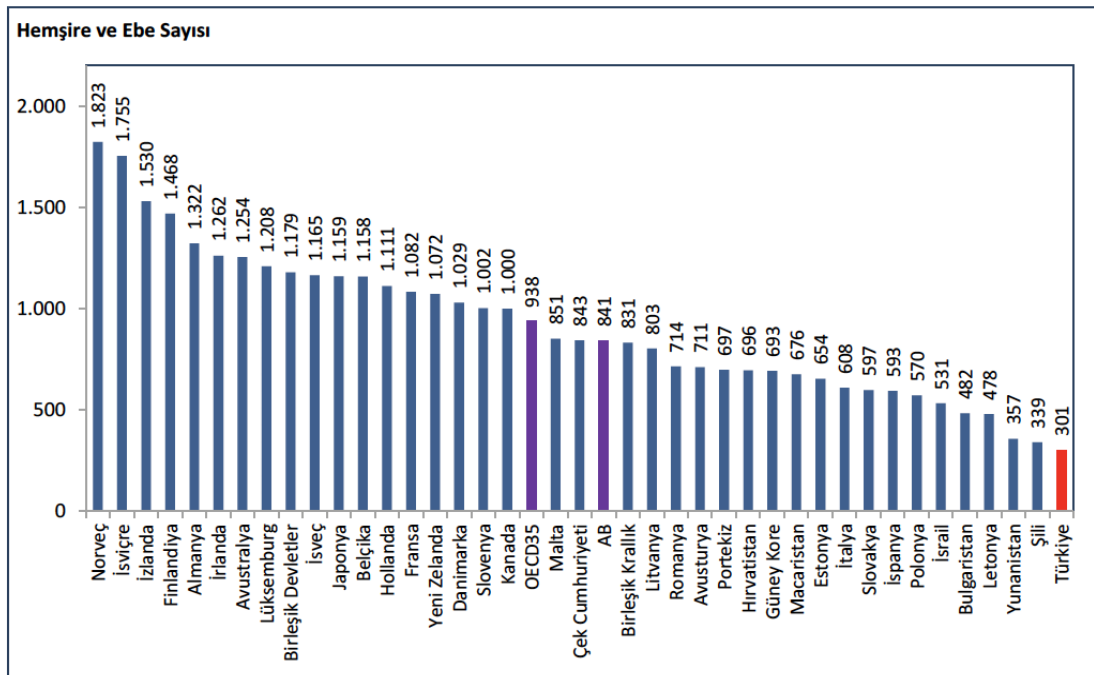
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 239.

Hemşire ve ebe yoğunluğu açısından düşük durumda olan illerde 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısının 272'den az, en yüksek durumda olan illerde ise 350'den fazla olduğu görülmektedir. En düşük hemşire ve ebe yoğunluğuna sahip iller; Tekirdağ, İstanbul, Sakarya, Düzce, Bilecik, Çankırı, Nevşehir, Aksaray, Iğdır, Ağrı, Muş, Hakkâri, Siirt, Şırnak, Batman, Mardin, Şanlıurfa, Gaziantep ve Hatay'dır. Edirne, Çanakkale, Uşak, Zonguldak, Bolu, Karabük, Eskişehir, Isparta, Burdur, Samsun, Tokat, Yozgat, Sivas, Giresun, Trabzon, Tunceli, Elazığ, Kilis, Malatya, Rize ve Erzurum iyi durumda olan illerdir (Şekil 5).



Şekil 5. İllere Göre 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, Tüm Sektörler, 2018
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 240.

Nüfus başına düşen toplam hemşire ve ebe sayısının uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında OECD ve AB'ye üye ülkeler arasında Türkiye'nin en düşük yoğunluğa sahip olduğu görülmektedir. 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısının AB ortalaması 841, OECD ortalaması 938 iken Türkiye'de 301'dir (Şekil 6).



Şekil 6. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2017

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 241. (Türkiye verisi 2018 yılına aittir.)

1.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK İNSAN GÜCÜNE İLİŞKİN SORUNLAR

Türkiye’de sağlık insan gücüne ilişkin niceliksel ve niteliksel birtakım sorunlar bulunmakla birlikte aşağıda toplumun hizmete erişimini engelleyen sorunlar ele alınacaktır.

1.4.1. Türkiye’de Sağlık İnsan Gücü Eksikliği

Bir toplumda sağlık sonuçlarını etkileyen ve sağlığın belirleyicisi olan; sosyo-ekonomik faktörler, bireysel faktörler, çevresel faktörler, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık hizmetlerine erişim gibi pek çok faktör bulunmaktadır (Roemer, 1991). Sağlık hizmetlerinin sunumu için anahtar rol oynayan sağlık insan gücü iyi sağlık sonuçlarına ulaşabilmenin en önemli unsurlarından biridir. Yapılan araştırmalar sağlık personeli yoğunluğu ile sağlık sonuçları arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Anand & Bärnighausen (2004) tarafından DSÖ veri seti kullanılarak yapılan ülkelerarası karşılaştırmaya dayalı bir araştırmada ve Robinson & Wharrad'ın (2001, 2000) yapmış oldukları çalışmalarda sağlık insan gücünün yoğunluğu ve dağılımı ile anne ölümleri, bebek ölümleri ve beş yaş altı çocuk ölümleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Türkiye'de sınırlı sayıdaki çalışmada sağlık personelinin sağlık sonuçlarına olan önemli katkısına dair kanıtlar mevcuttur (Çalışkan, 2006; Mitchell ve diğerleri, 2008).

Sağlıkta insan kaynağı sağlık sonuçları için bu denli önemli iken sağlık çalışanı sayısının azlığı birçok ülke için sorun arz etmektedir. Türkiye'de de sağlık insan gücü sayısının azlığı önemli bir sorundur. Bu sebeple sağlık insan gücünün özellikle hekim bazında sayısal olarak artışı için son yıllarda tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısı artırılmıştır. 2002-2003 öğretim yılında 44 olan tıp fakültesi sayısı 2018-2019 öğretim yılında 96'ya, mezun sayısı ise 4.804'ten 9.395'e çıkarılmıştır. Çalışan toplam hekim sayısı ise 2002 yılında 91.949'tan 2018 yılında 153.128'e çıkmıştır. Hemşire sayısı ise 72.393'ten 190.499'a yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019, ss. 225-248).

Her ne kadar son yıllarda çalışan sayısında önemli düzeyde bir artış olsa da henüz yeterli düzeye ulaşamamıştır. Yapılan uluslararası karşılaştırmalarda da nüfus başına düşen özellikle hekim ve hemşire sayılarında, Türkiye içinde bulunduğu gelir grubu ülkelerden daha az yoğunluğa sahiptir.

1.4.2. Sağlık İnsan Gücünün Dengesiz Dağılımı

Sağlık hizmetlerinin tam zamanında, yerinde, etkili ve kaliteli sunulabilmesi için sağlık insan gücünün sadece sayısal olarak yeterli olması yetmez. Aynı zamanda bölgeler, iller ve kurumlar arasında ihtiyaca uygun bir şekilde dağıtılmış olması da gereklidir. Dünya çapında yapılan çalışmalarda sağlık insan gücü yoğunluğu daha iyi bölgelerde sağlık sonuçlarının daha iyi olduğuna dair kanıtlar sunan bulgulara rastlanmaktadır (Anand ve Bärnighausen, 2004; Robinson ve Wharrad, 2000; Robinson ve Wharrad, 2001). Benzer şekilde Mitchell ve diğerlerinin (2008) Türkiye'de iller arası karşılaştırmalar kapsamında yapmış olduğu bir çalışmada sağlıkta insan kaynakları yoğunluğu ile aşılama oranları

arasında ilişki bulunmuştur. SAİK yoğunluğu düşük olan illerdeki aşılama oranlarının, SAİK yoğunluğu yüksek olan illere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Mitchell ve diğerleri, 2008).

Sağlık insan gücünün dengesiz dağılımı gelişmemiş, gelişmekte olan ve gelişmiş tüm ülkelerin ortak sıkıntısıdır (WHO, 2012, s. 5). Çünkü herkes gibi sağlık çalışanları da sosyo-ekonomik olarak daha gelişmiş şehirlerde ve merkezlerde yaşamayı tercih etme eğilimindedirler (WHO, 2010b). Hal böyle olunca politika yapıcılar sağlık çalışanlarını kentsel alanlardan kırsal bölgelere çekmek için çeşitli teşvikler ve zorunlu uygulamalara başvururlar.

Türkiye’de bölgeler arası ve iller arası sağlık insan kaynağının dağılımına baktığımızda özellikle nüfus başına düşen hekim ve hemşire sayılarının dengeli olmadığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Uzun yıllardır devam eden bu sorunun çözümü için SB çeşitli uygulamalara başvurmuştur ve kısmen de olsa iyileşme kaydedilmiştir. Şöyle ki 2000 yılında kuzey ve doğu bölgelerinde bir hekime düşen kişi sayısı sırasıyla 1.288 ve 5.747 yani 1/5’lik oranda iken 2010 yılında bu sayılar sırasıyla 1.396 ve 2.291 şeklinde değişmiş ve oran da 1/1,6 olmuştur (Atun ve diğerleri, 2013). Benzer şekilde hekim sayısı açısından en dezavantajlı bölge olan Güneydoğu Anadolu bölgesinde 100.000 nüfus başına düşen hekim sayısı 2002 yılında 68 iken 2018 yılında 129 olmuştur. Bölgeler arasındaki farklılık nispeten azalmıştır. Bu iyileştirmenin sağlanmasında beş önemli insan kaynakları reformu rol oynamıştır: 1. Personel atamalarında dağılım cetvellerinin kullanılarak sınırlamalar getirilmesi, 2. Sözleşmeli personel istihdamı, 3. Hekimlere zorunlu hizmet uygulaması, 4. Performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulaması ve 5. Tam gün yasası.

1.4.2.1 Personel Dağılım Cetveli Uygulaması

Mevcut durumda SB ve bağlı kuruluşlarında, 26.03.2013 tarih ve 28.599 sayılı Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği kapsamında yer alan Personel Dağılım Cetveli (PDC) ile belirlenen sayılara göre atama ve nakil işlemleri yürütülmektedir. PDC’nin hazırlanmasında kullanılan kriterler: nüfus, coğrafi durum, epidemiyolojik veriler (hastalık insidans ve prevalansı vb.), kurum türü, kurumda özellikli birimlerin

(diyaliz, kan bankası, yoğun bakım, reanimasyon, yanık ünitesi vb.) bulunması, tıbbi cihaz ve fiziki kapasitesi, yıllık ortalama poliklinik sayısı, il dışı başvuru ile poliklinik ve hizmet sayılarını etkileyebilecek farklılıklardır (Özkan, 2014, s. 55).

PDC uygulaması ile SB bünyesinde mevcut çalışan sağlık personelinin hakkaniyete uygun bir şekilde dağıtılması amaçlanmaktadır. PDC ile belirlenen kadro sayıları kurumun gerçek personel ihtiyaçlarını tam olarak yansıtmaz. Her kurum için nüfus, yatak sayısı ve kurumun özelliklerine göre belirlenen standart kadro sayısı bulunmaktadır. Ancak mevcut çalışan sayısı standart kadro sayısını çoğu kurumda karşılayamaz. Bu sebeple SB belirlediği kriterler çerçevesinde geliştirdiği PDC sistemi ile personelin hizmeti aksatmayacak şekilde ihtiyaca uygun olarak dağıtılmasını sağlamaya çalışmaktadır.

1.4.2.2 Sözleşmeli Çalışma Modelleri

Türkiye’de kamu çalışanları 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi 4/A kadrolu, 4/B sözleşmeli, 4/C geçici ve 4/D işçi personel olarak istihdam edilebilmektedir. İlgili Kanunun 4/B ve 4/C maddesi kapsamında izin, ücret, tayin, yardım ve diğer sosyal hakları ayrıca belirlenerek sözleşmeli sağlık personeli istihdamı yapılabilmektedir. Buna ek olarak 4924 sayılı ve 24/07/2003 tarihinde yürürlüğe giren "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile kırsal ve uzak bölgelerde personel istihdamını sağlayarak sağlık hizmetlerinin sunulması amaçlanmıştır. Bu kanunla sağlık personeli 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından vize edilmiş pozisyonlarda ve yalnızca ihtiyaç duyulan bölgelerde çalıştırılmak üzere Bakan onayı ile istihdam edilmektedir. Bu kanun ile uzman tabip, tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner, biyolog, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen, fizyoterapist, çocuk gelişimcisi, odyolog, tıbbi teknolog, sağlık teknikeri, hemşire, ebe, sağlık memuru istihdam edilmektedir (Resmi Gazete, 2003). Sözleşmeli çalışanların işe başlama şartları, maaşları, özlük ve sosyal hakları kadrolu (4/A) personellerden farklılık gösterdiği için eleştirilere neden olabilmektedir.

1.4.2.3 Zorunlu Hizmet Uygulaması

Bölgeler arası dağılımdaki adaletsizliği önlemek ve ihtiyaç duyulan yerlerde personel istihdamını sağlamak amacıyla uygulanan en yaygın yöntemlerden biri olan mecburi hizmet Türkiye’de ilk olarak 1923 yılında tıp fakültesi mezunlarına getirilmiştir (Öztürk, 1999). 1923-1937 Dr. Refik Saydam Döneminin sağlık insan gücü politikalarından en önemlileri mecburi hizmet uygulamasını başlatmak ve tüm atama ve nakilleri SB bünyesinde toplayarak dağılımı önlemektir. Mecburi hizmet yasası ilk olarak 1973-1974 yıllarında gündeme gelmiş fakat ertelenmiştir. Ardından 2514 sayılı ve 25/08/1981 tarihli “Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun” ile bazı meslek gruplarına mecburi hizmet getirilmiştir (Tabip Odası, 2012). Daha sonra 2003 yılında kaldırılan mecburi hizmet uygulaması son olarak 2005 yılında hekim ve uzman hekimler için tekrar getirilmiş ve uygulanmaya devam etmektedir. Bu kanun ile hekimlerin kamu kurumlarında çalışmadan özel sektörde çalışmayacağı ile ilgili hükümler getirilmiştir. İlgili mevzuata göre yurt içinde veya yurt dışında öğrenimlerini tamamlayarak tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman tabip unvanını kazananlar, her eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik durumuna göre 300-600 gün arasında değişen sürelerde zorunlu hizmetle yükümlüdürler (Tabip Odası, 2012; Resmi Gazete, 2005).

1.4.2.4. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının verimliliğini ve kaliteli hizmet sunumunu artırmak amacıyla 2004 yılında Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemini (PDEÖS) uygulamaya koymuştur. 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun kapsamında çıkarılan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik ile personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, kapsamda yer alan personele, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz

eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, ek ödeme yapılabilir (Erkan, 2011).

PDEÖS ile birlikte 2002 yılında 66 milyon olan SB hastanelerindeki başvuru sayısı 2006 yılında 189 milyona çıkmış, 2002 yılında %11 olan serbest meslek icra etmeden kamuda tam gün çalışan hekim oranı 2007 yılında %62'ye yükselmiş, hastane poliklinik sayılarında %100 artmış ve bir üst kuruma sevk oranında düşüş yaşanmıştır. PDEÖS'nin verimlilik ve performans açısından olumlu sonuçları olsa da iş yükünün, gereksiz işlem ve muayenelerin artmasına, ek ödemenin adaletsiz dağıtımına bağlı iş barışının bozulması gibi sonuçlara yol açtığı ile ilgili eleştiriler bulunmaktadır (Erkan, 2011).

1.4.2.5. Tam Gün Yasası

Kamuda ikili çalışma, hekimlerin mesleklerini hem bağlı buldukları kurumda hem de serbest muayenehane veya özel sağlık kuruluşlarında birlikte icra edebilmeleridir (Jan ve diğerleri, 2005). Hekimlerin ikili çalışmaları sağlık hizmetlerinin sunumu, hakkaniyet, verimlilik ve kalite açısından çeşitli tartışmalara sebep olması nedeniyle çeşitli kısıtlamalara tabi tutulmaktadır. Türkiye'de ilk olarak 1965 yılında gündeme gelen bu sınırlamalar yeterince hazırlık yapılmaması sebebiyle başarısız olmuş ve vazgeçilmiştir. Ardından 1978 yılında yeniden getirilen uygulama 1980 yılında tekrar kaldırılmıştır. Son olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2003 yılında gündeme gelen hekimlerin tam gün çalışması 2010 yılından bu yana uygulanmaktadır (Özatkan, 2018).

Tam gün yasası ile kamuda çalışan hekimlerin performanslarının artırılması, hekim gücü kaynağının daha verimli kullanılması, sağlıkta informal ödemelerin azaltılması, uzman ve nitelikli hekime erişimin artırılması ve kamuda sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Ancak hekimlerin çalışmalarına getirilen bu kısıtlamalar çeşitli eleştirilere de maruz kalmakta, yasal düzenlemeler ve yargı kararları ile zaman içinde değişime uğramaktadır (Özatkan, 2018).

1.4.3. Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti

Sağlık çalışanlarının iş doyumunun ve memnuniyetlerinin düşük olması; performansta azalma, işten ayrılmalarda artma, hastaların memnuniyetinde azalma ve çalışanlarda fiziksel şikayetler gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (İşlek, 2019). SB tarafından 2017 yılında yayınlanan ve 18.032 sağlık çalışanı üzerinde yapılan “Türkiye Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırmasına” göre çalışanların %64,6’sının genel olarak işlerinden memnun olduğu, %13,5’inin ise memnun olmadığı bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017). Türkiye’de sağlık çalışanlarının memnuniyetini olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörler; ücretlendirme, PDEÖS, iş yükü, sosyal olanakların azlığı, iş tanımlarındaki belirsizlikler, mesleki riskler, şiddet, profesyonelleşme ve mesleki saygınlığın azlığı, olumsuz çalışma koşulları, kariyer planlamasının olmaması, ödüllendirme ve motivasyon mekanizmalarının yetersizliği olarak tanımlanmıştır (İşlek, 2019).

Zorunlu hizmet özellikle hekim iş gücünün dengeli dağılımının sağlanmasında dünya genelinde sık başvurulan ve etkili de olan bir uygulamadır. Ancak, sağlık insan gücü planlamasında üzerinde durulması gereken en önemli konulardan biri dağılımdaki dengesizliklerin giderilmesine yönelik önlemlerdir. Kırsal bölgelerde personel istihdamının sağlanması ve burada çalışan personelin korunması adına zorunlu hizmet, sözleşme istihdam modelleri ile çakılı personel uygulaması ve finansal teşvikler gibi çeşitli uygulamalar mevcuttur. Ancak personelin gönüllülüğünden uzak, bağlayıcı ve zorlayıcı uygulamaların memnuniyetsizliğe neden olduğu ve uzun vadede etkili olmadığı görülmektedir. Sempowski (2004) kırsal kesimde ya da yetersiz hizmet alan bölgelerde çalışmayı tercih eden sağlık çalışanlarının sözleşmeli ya da zorunluluk olarak çalışanlara göre daha uzun dönemli kaldıklarını saptamıştır. Bu sebeple sağlık insan gücü ile ilgili politika ve uygulamalar çalışanların ihtiyaç ve beklentilerine cevap veren, motivasyonlarını artırarak gönüllü çalışmalarını destekleyen nitelikte olması gereklidir. Bu bağlamda bundan sonraki bölümde motivasyon kavramı ve sağlık çalışanlarının kırsal bölgelere çekilmesi için uygulanan teşvik mekanizmalarından bahsedilecektir.

2. BÖLÜM

MOTİVASYON KAVRAMI VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞANLARA YÖNELİK KULLANILAN TEŞVİK MEKANİZMALARI

Bu bölümde sağlık çalışanlarının iş ile olan ilişkilerinin dayandığı teorik yaklaşımları incelemek üzere motivasyon faktörleri, sağlık çalışanlarında motivasyon ve sağlık çalışanları için teşvik mekanizmaları incelenecektir.

2.1. MOTİVASYON TEORİLERİ

Fransızca *motive* sözcüğünden köken alan motivasyon kelimesinin dilimizde tam olarak bir karşılığı bulunmamakla birlikte, Türk Dil Kurumu'na göre isteklendirme ve güdüleme anlamına gelmektedir (TDK, 2019). Literatürde motivasyon ile ilgili pekçok tanım yapılmıştır:

Motivasyon davranışın altındaki nedenlerdir (Guay ve diğerleri, 2010, s. 370).

Motivasyon, kişinin kendisinde ve/veya çevresinde değişiklik arzusunu içeren öznel bir his durumudur (Baumeister, 2016, ss. 1-2).

Motivasyon, kişilerin belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi arzu ve istekleri ile davranmaları ve çaba göstermeleridir (Koçel, 2005, s. 619).

Motivasyon çalışanların memnuniyeti, işten doyum almaları, performansları ve örgütsel bağlılıkla yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin tüm topluma hakkaniyete uygun bir şekilde sunulabilmesi için hekim ve hemşirelerin kendi istek ve arzuları ile her bölgede istihdam edilebilmesi ve özellikle kırsal bölgelerde gerekli sağlık insan gücünün tutulabilmesi önem arz etmektedir.

Motivasyon ile ilgili politika yapıcıların ve yöneticilerin kullanabileceği çeşitli kuram ve modeller geliştirilmiştir. Bu kuramlar çalışanları motive edecek ve motivasyonu sürdürecekt faktörlerin belirlenmesi açısından karar vericiler için yol göstericidir. Bu kuramlar kişinin davranışlarını etkileyen içsel faktörlere ağırlık veren *kapsam teorileri* ve dışsal faktörlere ağırlık veren *süreç teorileri* olmak üzere iki grupta incelenmektedir (Koçel, 2005, s. 622).

2.1.1. Kapsam Teorileri

Kapsam teorileri kişileri davranışlara yönlendiren içsel faktörleri açıklamaya çalışır. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Yaklaşımı, Herzberg'in Çift Faktör Teorisi, McClelland'ın Başarma İhtiyacı Teorisi ve Alderfer'in Varoluş, Aidiyet ve Gelişme Yaklaşımı bu grupta yer alan en bilinen kuramlardır.

2.1.1.1. İhtiyaçlar Hiyerarşisi Teorisi

En çok bilinen motivasyon teorisi olan İhtiyaçlar Hiyerarşisi Yaklaşımı Abraham Maslow tarafından geliştirilmiş olup temelde iki varsayıma dayanır. Bunlardan ilki insanın belirli bir davranışa yönelmesinin temel nedeni ihtiyaçlardır. Maslow, bu ihtiyaçları önemine göre hiyerarşik olarak sıralamıştır (Şekil 7) (Can ve diğerleri, 2001s. 367; Koçel, 2005, s. 624; Maslow, 1981, s. 59).



Şekil 7. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi

Kaynak: Maslow, 1981, s. 59.

İhtiyaçlar hiyerarşisine göre örgütler çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılayacak şartları sağlamak durumundadırlar. Çünkü çalışanların ihtiyaçlarına göre örgütün gerekli şartları sağlaması bireysel memnuniyetin, iş doyumunun ve yüksek performansın sağlanması için gereklidir. Örgütlerin sağlaması gereken şartlar ihtiyaçlar hiyerarşisine göre aşağıdaki gibi sıralanabilir (Can ve diğerleri, 2001, s. 367; Maslow, 1981, s. 59):

1. Fizyolojik İhtiyaçlar: Ücret, güvenli ve ergonomik çalışma ortamı, yemek ve dinlenme gibi temel ihtiyaçların karşılanabildiği çalışma koşulları vb.
2. Güvenlik İhtiyacı: Sağlıklı ve güvenli iş ortamı, sigorta, emeklilik, iş güvencesi, iyi önderlik vb.
3. Sosyal İhtiyaçlar: Arkadaş ilişkilerinin kurulabildiği bir ortam, sosyal etkinlikler, parti, piknik, sportif faaliyetler vb.
4. Saygınlık İhtiyacı: Statü, sorumluluk, takdir etme, ödüllendirme, yönetişime açık bir ortam, statüye uygun maaş vb.

5. Kendini Gerçekleştirme İhtiyacı: Yaratıcılık gerektiren işler, eğitim ve kariyer planlaması, gelişme ve yükselme fırsatı vb.

İhtiyaçlar hiyerarşisinin diğer varsayımı ise bireylerin öncelikle en alt düzeydeki ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmalarıdır. Fizyolojik ihtiyaçları karşılanmamış birini daha üst basamaklardaki ihtiyaçları için motive etmek zordur. İhtiyaçlar tatmin edildikçe artık davranışı etkileme özelliğini yitirir ve kişi daha üst düzeydeki ihtiyaçları için davranış değiştirmeye başlar. Yöneticiler açısından çalışanların ihtiyaçlarını anlamak onları yönlendirmek için önem arz etmektedir. Kişiler sahip oldukları ihtiyaçları ellerinde tutmaya çalışırken sahip olmadıklarını elde etmek için şevkli ve istekli olurlar (Koçel, 2005, ss. 624-625).

2.1.1.2. Çift-Faktör Teorisi

Herzberg'in Çift Faktör Kuramı, İhtiyaçlar Hiyerarşisinden sonra en çok bilinen teori olup işle ilgili terimleri kullanması sebebiyle de yöneticiler arasında en yaygın olanıdır. Herzberg'in çalışanlar üzerinde yapmış olduğu bir çalışma sonuçlarına göre bireylerin kendilerini en iyi ve en kötü hissettikleri durumları analiz ederek ortaya koyduğu bir yaklaşımdır. Buna göre Herzberg bu kavramları iki grupta toplamıştır (Koçel, 2005, s. 626).

İlki kişileri motive etme özelliği olmayan ama yokluğunda motivasyonsuzluğa sebep olan hijyen faktörleridir. Bunlar ücret, güvenlik, nezaret, iş koşulları, siyaset ve yönetimsel uygulamalar gibi tatminsizlik duygusunun ortadan kalkması için sağlanması gereken faktörlerdir. Hijyen faktörleri bulunması gereken asgari şartları içermektedir. Yöneticiler açısından bilinmesi gereken yönü bu faktörlerin motivasyon için gerekli ortamı sağlamalarıdır. İkinci grup ise motive edici faktörlerdir. Bunlar işin kendisi, başarının görülmesi, sorumluluk, statü, tanınma, işte gelişme ve yükselme gibi kişisel başarıma hissi veren güdüleyici faktörlerden oluşmaktadır (Can ve diğerleri, 2001, s. 369; Koçel, 2005, s. 627; Öztürk ve Şahbudak, 2015; Sun, 2002).

2.1.1.3. Başarma İhtiyacı Teorisi

McClelland tarafından geliştirilen bu teoriye göre bireylerin ihtiyaçları ilişki kurma, güç kazanma ve başarma davranışları altında şekil göstermektedir. Bireyler başkaları ile ilişki kurma, sosyalleşme ve gruplara dahil olma eğilimindedirler. Güç kazanma ihtiyacı ise kişileri güç ve otorite kaynaklarını geliştirmeye, başkalarını etki altında tutma ve gücü koruma ile ilgili davranışlara yönlendirir. Başarı gösterme ihtiyacı ise kişileri anlamlı amaçlar seçerek bunları gerçekleştirmek için gerekli yetenek ve bilgiyi elde ederek kullanmaya iter. Yöneticiler çalışanların sahip olduğu ihtiyaçlar doğrultusunda işe yerleştirme, işte tutma ve performanslarını artırma yoluna gidebilirler (Koçel, 2005, s. 427).

2.1.1.4. Varoluş, Aidiyet ve Gelişme Teorisi

Clayton Alderfer, Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi modelini modern durumlara uyarlayarak varlığını sürdürme, ilişkilerde bulunma ve gelişme ihtiyaçları üzerine kurmuştur. Bireylerin varoluş gereksinimlerini fizyolojik istekleri (gıda, su, giyinme, barınma, güvenli bir çevre vb.) oluşturmaktadır. Örgütsel bağlamda düşünüldüğünde ücret ve çalışma koşulları varoluş gereksinimleri olarak adlandırılabilir. Aidiyet gereksinimleri, bireyin diğer bireylerle olan karşılıklı bir duygu ve düşünce paylaşımı sürecine dayanan iletişim gereksinimleridir. Kabul, onay, anlayış ve etki aidiyet/ilişki kurma sürecinin unsurlarıdır. Alderfer'e göre bireylerin gereksinim düzeyleri kendilerinin ve ilişkide oldukları bireylerin doyum düzeyini etkilemektedir. Kendini geliştirme, yaratıcı ve verimli olma büyüme gereksinimleri arasındadır. Bu gereksinimlerden doyum sağlanması bireyin becerilerini kullanabilmesine ve yeni beceriler geliştirebilmesine bağlıdır. Bazı ortamlar buna olanak sağlayacak şekilde kişiyi zorlayıcı ve teşvik edici olurken bazı ortamlar engelleyici olmaktadır. Ortamın engelleyici olması durumunda bireyin büyüme isteği bir anlam taşımaz ve büyüme doyumundan söz edilemez (Sun, 2002). Eğer kişi üst ihtiyacını tatmin etmede sıkıntı yaşarsa alt düzey ihtiyacını karşılamaya yönelecektir (Halil ve Akgün, 2001; Öztürk ve Şahbudak, 2015).

2.1.2. Süreç Teorileri

Süreç teorileri grubu altında toplanan motivasyon kuramları bireylerin hangi amaçlar tarafından nasıl güdülendiklerine yoğunlaşır. Süreç teorileri belirli bir davranışı gösteren kişinin bu davranışı tekrarlaması ve tekrarlamaması sorusuna cevap arar. Süreç teorileri, kapsam teorilerinden farklı olarak kişiyi davranışa yönlendiren pek çok faktör olduğunu, içsel faktörlerin bunlardan sadece biri olduğunu ve dışsal faktörlerin davranışlar üzerinde daha etkili olduğunu savunur. Buradan hareketle süreç teorileri iş yerinde insanların nasıl davranması gerektiğini belirleyen düşünce süreçlerine daha çok yoğunlaşır. En bilinen süreç teorileri Davranış Şartlandırması Yaklaşımı, Eşitlik Teorisi, Beklenti Teorileri, Amaç Teorisi ve Bilişsel Değerlendirme Teorisidir (Can ve diğerleri, 2001, s. 370; Koçel, 2005, ss. 628-629; Öztürk ve Şahbudak, 2015; Steers ve diğerleri, 2004; Sun, 2002).

2.1.2.1. Davranış Şartlandırması Yaklaşımı

Psikolojiden köken alan davranış şartlandırması; klasik şartlandırma ve sonuçsal şartlandırma olmak üzere iki çeşittir. Klasik şartlandırma Pavlov'un köpekler üzerinde yaptığı deneyler sonucu geliştirilmiş olup belirli uyaranlar tarafından davranışın harekete geçirilmesidir. Skinner tarafından geliştirilen sonuçsal şartlandırma ise davranışların karşılaştığı sonuçlar tarafından şartlandırıldığı varsayımına dayanır. Ödüllendirme ve cezalandırma bu tür şartlanmanın iki önemli unsurudur. Örgütlerde davranış değişikliği yaratmak için çeşitli ceza ve ödül mekanizmaları kullanılmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar cezalandırmanın ödüllendirme kadar etkili olmadığını göstermektedir (Koçel, 2005, ss. 629-631).

2.1.2.2. Eşitlik Teorisi

Adams tarafından geliştirilen Eşitlik Teorisine göre iş yerinde çalışanlar eşit bir şekilde muamele görmek isterler ve var olan adaletsizliklere karşı bilişsel ve davranışsal olarak tepki gösterirler. Buna göre kişi kendisinin gösterdiği çabayı ve bu çaba karşılığında elde ettiği sonucu, aynı iş ortamındaki diğer kişilerle karşılaştırır. Kısacası işyerinde eksik

veya fazla ödüllendirme çalışanların davranışlarını etkilemektedir (Can ve diğerleri, 2001, s. 374; Koçel, 2005, s. 636; Öztürk ve Şahbudak, 2015; Steers ve diğerleri, 2004).

2.1.2.3. Beklenti Kuramları

Beklenti Kuramları iki ayrı teoriden oluşmaktadır. İlki Vroom tarafından ileri sürülmüştür. Vroom insan davranışlarını bireyin amaç ve seçimleriyle, bunları başarmadaki beklentilerinin makul ve adil bir şekilde gerçekleşip gerçekleşmemesi yönünden açıklamaya çalışır (Can ve diğerleri, 2001, s. 372; Sun, 2002). Daha sonraki yıllarda Porter ve Lawler'in çalışmalarıyla kuram daha da geliştirilmiş, yöneticilerin çalışanları anlaması için ağırlık vermesi gereken konulara ilişkin yeni boyutlar eklenmiştir (Can ve diğerleri, 2001, s. 373). Ancak, Lawler ve Porter'a göre kişinin yüksek gayret göstermesi otomatik olarak yüksek performansla sonuçlanmaz, kişinin gerekli bilgi ve yeteneğe sahip olması kişinin kendisi için aldığı rol motivasyonunu ve performansını etkileyecektir (Koçel, 2005, s. 635).

2.1.2.4. Amaç Teorisi

Edwin Locke tarafından geliştirilen Amaç Teorisi, davranışı güdüleyen şeyin bilinçli amaçlar olduğunu kabul eder. Amacın belirliliği, zorluğu ve kişilerin amaca bağlılığı iş performansını etkilemektedir (Can ve diğerleri, 2001, 375; Steers ve diğerleri, 2004). Erişilmesi zor ve yüksek amaçlar belirleyen kişilerin performansları, daha kolay ulaşılabilir hedefler belirleyen kişilerin performanslarından daha yüksek olmaktadır (Koçel, 2005, s. 638). Bu teoriye göre, insanlara zor ama ulaşılabilir hedefler verilmelidir. Böylelikle bunları kabul edenler hedefe ulaşmak için daha çok çaba sarf edeceklerdir (Öztürk ve Şahbudak, 2015).

2.1.2.5. Bilişsel Değerlendirme Kuramı

Bir sosyal bilimci olan De Charms tarafından öne sürülmüş olan Bilişsel Değerlendirme Kuramı, önceden içsel ödüllerle desteklenmiş davranışların sonradan dışsal ödüllerle desteklenmesi durumunda güdülenme düzeyinin azalacağını savunmaktadır. Burada

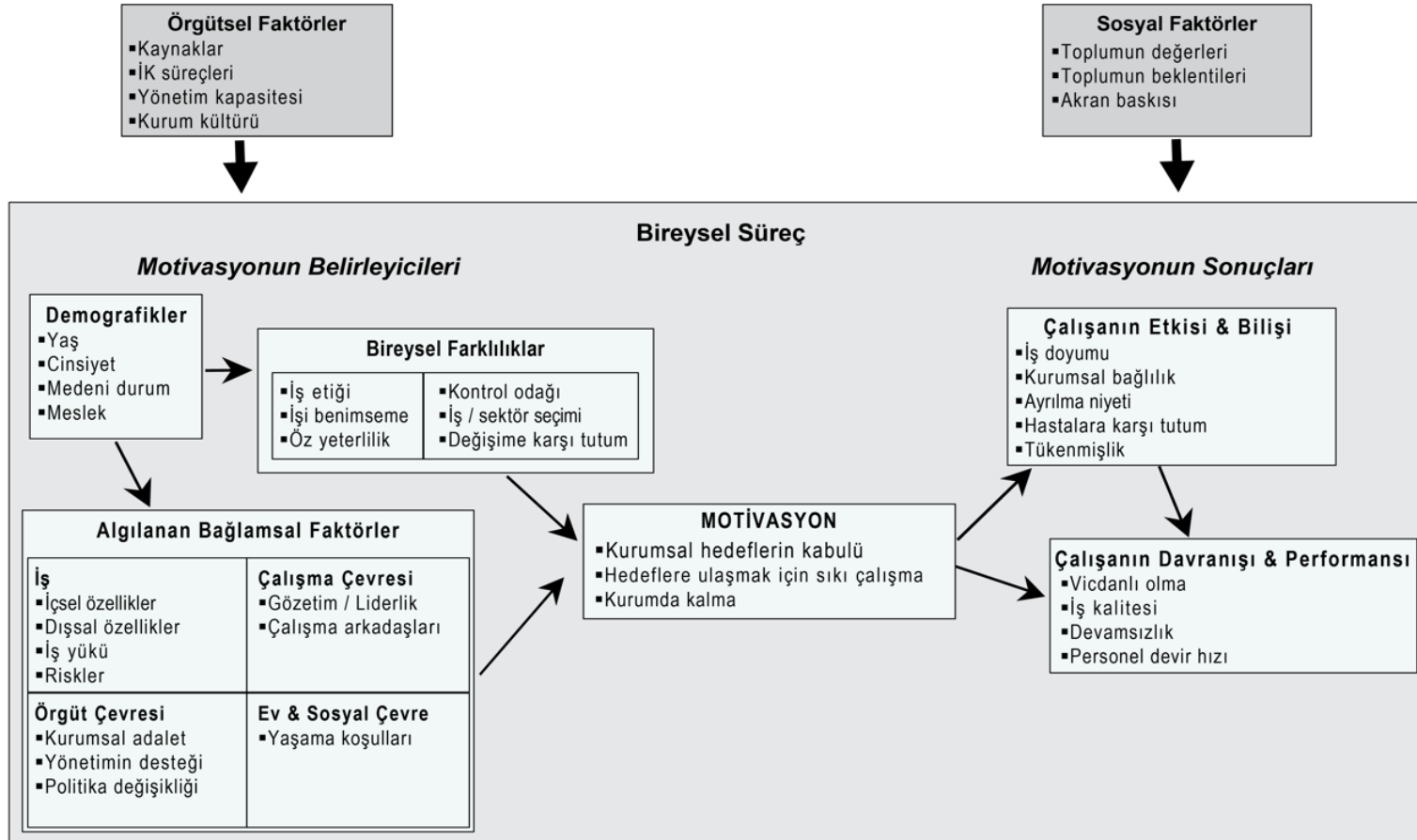
motivasyonu azaltan durum bireyin davranışı üzerinde kendi kontrolünü kaybetmesidir (Can ve diğeri, 2001, s. 376).

2.2. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA MOTİVASYON

Motivasyon teorileri sağlık çalışanlarının işlerini yaparken güdüledikleri içsel ve dışsal faktörleri açıklamaktadır. Sağlık sektörü doğası gereği stresli olup tükenmişliğe sebep olabilecek unsurlar barındırır. Buna karşın emek yoğun olması ve bireysel motivasyonun hasta bakım kalitesini doğrudan etkilemesi sebebiyle sağlık çalışanlarının yüksek motivasyon ve performansla çalışması önemlidir.

Farklı gelişmişlik düzeyine sahip bölgelerde sağlık insan gücünün dengesiz dağılımının iyileştirilmesine yönelik yürütülen planlama çalışmaları çok önemlidir. Ancak yapılan çalışmalar ve sağlık insan gücü göstergeleri planlama çalışmalarının tek başına yeterli olmadığına işaret etmektedir. Planlamaya ek olarak sağlık çalışanlarının gönüllü olarak bu bölgelerde çalışmasını motive edecek bazı teşvik unsurlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Çünkü az gelişmiş bölgelere tayini çıkan sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları incelendiğinde, personelin ya bölgeye hiç gitmediği ya da mecburi hizmet sebebiyle gitmek zorunda kalanların görevleri bittikten sonra gelişmiş bölgelere dönmeye çalıştıkları görülmektedir (Kılıç ve Şebnem, 2004). Bu sebeple sağlık çalışanlarını motive eden faktörleri anlamaya çalışmak gereklidir. Literatürde sağlık çalışanlarının motivasyonu üzerine pek çok çalışma yürütülmüştür.

Penn-Kekana ve diğeri (2005) hemşireler ve ebeler üzerinde yürütmüş oldukları kalitatif ve kantitatif çalışmalar sonucu, sağlık çalışanlarının motivasyonunu etkileyen faktörleri tanımlamışlardır. Buna göre kurumsal ve sosyal faktörler motivasyon üzerinde önemli rol oynamaktadır. Motivasyonun belirleyicileri; demografik özellikler, bireysel faktörler ve algılanan bağlamsal faktörler olarak, motivasyonun sonuçları; çalışanın bilişsel durumu ve davranışları olarak gruplandırılmıştır (Şekil 8).

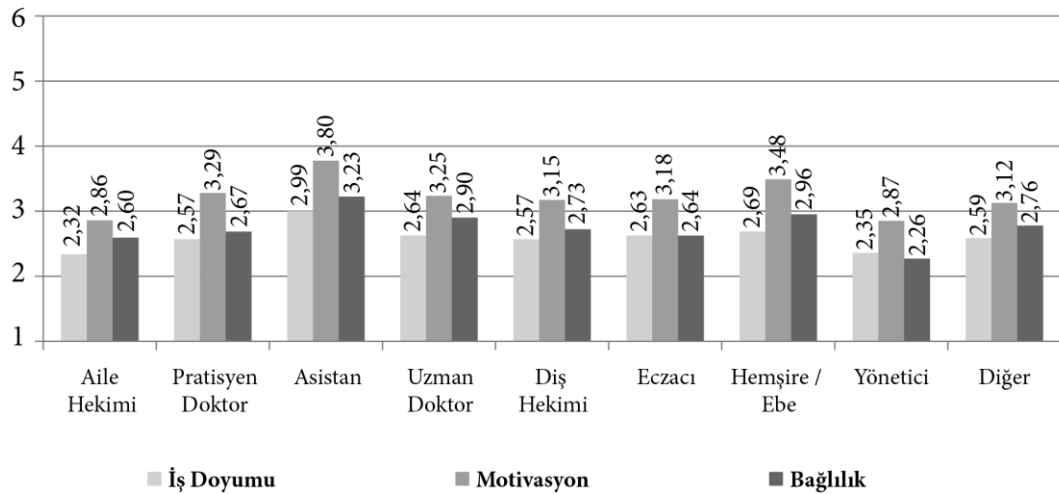


Şekil 8. Sağlık Personeli Motivasyonunun Kavramsal Çerçevesi

Kaynak: Penn-Kekana ve diğerleri, 2005.

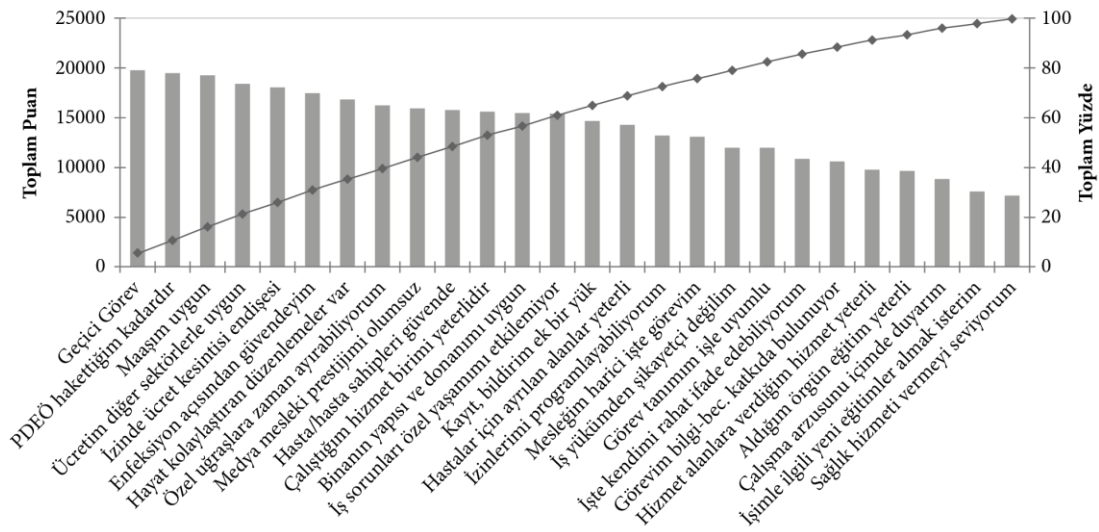
Türkiye’de sağlık çalışanlarının motivasyonu ile ilgili yapılan en kapsamlı çalışma Sağlık Bakanlığı (2010) tarafından 4.983 sağlık personeli üzerinde yürütülen Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırmasıdır. Bu çalışma kapsamında çalışanların iş doyumu, motivasyon ve kurumsal bağlılık durumları incelenmiştir. Çalışma sonucu sağlık çalışanlarının iş doyum düzeyleri ortalamasının üzerinde (2,65/6) (1=çok memnun/yüksek, 6=hiç memnun değil/düşük) iken motivasyon düzeyleri düşük (3,33/6) bulunmuştur. Motivasyon düzeyi en yüksek meslek grupları aile hekimi (2,86) ve yöneticiler (2,87/6); en düşük meslekler ise asistan (3,80/6) ve hemşire/ebe (3,48)’lerdir (Şekil 9).

Türkiye’de sağlık çalışanlarının motivasyonu olumsuz etkileyen en önemli faktörler; geçici görevler, performansa dayalı ek ödeme sistemi, maaş, diğer sektörlere oranla düşük ücret ve yıllık izin süresince kesilen ek ödemeler olarak tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 11) (Şekil 10).



Şekil 9. Sağlık Personelinin Mesleklere Göre İş Doyumu, Motivasyon ve Bağlılık Durumları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 11.



Şekil 10. Sağlık Çalışanlarının Motivasyon Durumlarını Etkileyen Unsurlar

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 28.

Motivasyon teorileri bireylerin işten aldıkları doyumunu, bir işi kabul etme veya bir işten ayrılmaya sebep olan faktörleri, çalışanların örgütsel bağlılığı ve işte tutunabilme ile ilgili nedenleri teorik olarak açıklamaktadır. Buradan yola çıkarak politika yapıcılar kişileri özellikle kırsal bölgelerde çalışma konusunda istekli kılabacak ve motive edecek teşvik mekanizmalarını geçmişten günümüze dek kullanmaktadırlar. Bu bağlamda aşağıda sağlık sektörü alanında kullanılan özellikle sağlık profesyonellerinin kırsal ve hizmete erişimin kısıtlı olduğu bölgelerdeki istihdamını artırmak amacıyla kullanılan teşvik mekanizmaları ve uygulamalar açıklanmıştır.

2.3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞANLARA YÖNELİK KULLANILAN TEŞVİK MEKANİZMALARI

Ekonomik kalkınma düzeyleri ne olursa olsun tüm ülkelerdeki politika yapıcılar, sağlık alanında eşitlik sağlamak ve özellikle dezavantajlı gruplar olmak üzere nüfuslarının sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için mücadele ederler. Bu konudaki en zorlu alanlardan biri kırsal ve merkeze uzak bölgelerde yaşayan insanların sağlık hizmetlerine ve nitelikli sağlık çalışanlarına erişimini sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin etkili sunulabilmesi ve

sağlık sonuçlarının iyileştirilebilmesi için yeterli sayıda, nitelikli ve motive sağlık insan gücünün doğru yerde ve doğru zamanda istihdam edilebilmesi kritik öneme sahiptir (WHO, 2010a, s. 7). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hizmete ve sağlık personeline erişim konusunda bölgeler arası farklılıklar ve eşitsizlikler mevcuttur.

Devletler finansman, bilgi sistemleri ve bir takım kanuni düzenlemeler ile sağlık işgücü sektörünü kontrol altında tutar. Çünkü tamamıyla özgür bir işgücü piyasasında sağlık işgücünün dengesiz dağılımı sorunu daha da büyüyecektir. Yoğunlukla şehir merkezlerinde istihdam veya yurt dışına göç gibi problemler artacaktır. Bu sebeple hükümetler sağlık işgücü sektörünün kontrolünü sağlamak üzere birtakım politikalar geliştirmektedirler. Ekonomi alanındaki klasik iş seçimi yaklaşımları daha çok finansal teşviklere yoğunlaşırlar. Ancak sağlık çalışanlarının iş seçimi, memnuniyeti ve iş doyumuna üzerine yapılan çalışmalar finansal olmayan teşviklerin önemi üzerinde durmaktadır. Öyle ki İngiltere’de hükümetin pratisyen hekimler için tamamen maaşın artırılmasına dayalı olarak getirdiği fazla mesai uygulamasının, hekimlerde memnuniyetsizliğe, düşük iş doyumuna ve strese yol açtığı; buna bağlı olarak istihdam sorunu ve işten ayrılmalara neden olduğu belirtilmiştir (Scott, 2001).

Sağlık çalışanlarının kırsal bölgelerde istihdamın artırılması ve buralarda tutulmasını sağlayacak politika ve uygulamalara geçmeden önce sağlık çalışanlarının kırsal ve uzak bölgelere taşınması, burada kalması veya terk etmesi kararlarını etkileyen faktörlerin ayrıntılı bir şekilde analiz edilmesi gereklidir. Bu kapsamlı analiz sorunun boyutlarını anlamada ve uygun müdahale yöntemlerinin seçimine rehberlik etmede önemli bir adımdır. Bu faktörler, kişisel özellikler, sağlık sistemi özellikleri, sosyal, kültürel, dini, ekonomik ve politik çevre ile ilişkili olma eğiliminde olduklarından çok karmaşıktırlar (Şekil 11). Ancak sağlık çalışanlarının çalışma yeri ile ilgili tercihlerini etkilemede temel motivasyon faktörleridir (WHO, 2010a, s. 8).



Şekil 11. Sağlık Çalışanlarının Kırsal Bölgede Çalışma Kararlarını Etkileyen Faktörler

Kaynak: WHO, 2010a, s. 14.

1. Kişisel Özellikler ve Değerler: Bireylerin yaş, cinsiyet, kırsal bölgede doğup büyüme, kişisel değerler, fedakârlık gibi özelliklerdir.
2. Aile ve Toplumsal Faktörler: Çocukların eğitimine ilişkin fırsatlar, sosyal fırsatlar, toplumsal üstünlük algısı vb.
3. Finansal Faktörler: Maaş, ek ödeme ve sosyal yardımlar vb.
4. Kariyerle İlişki Faktörler: Sürekli eğitim fırsatları, profesyonel destek, kariyer gelişim fırsatları, bilimsel aktiviteler erişim kolaylığı vb.
5. Çalışma ve Yaşama Koşulları: Altyapı, iş çevresi, lojman, teknolojik fırsatlara erişim vb.
6. Sözleşmeli veya Zorunlu Hizmet: Hizmet süresinin belirliliği veya zorunluluklar kişilerin belli bir bölgede çalışma tercihlerini etkilemektedir (WHO, 2010a, s. 14).

Uzak ve kırsal alanlarda yaşayan nüfusların yeterli sağlık hizmetlerine erişimini artırmanın farklı hizmet sunma modelleri geliştirmek veya uluslararası istihdamı artırmak gibi çok çeşitli yolları olsa da ülkelerin en çok üzerinde durduğu ve en etkili yöntem sağlık insan kaynaklarının planlanması ve etkin yönetimine ilişkin geliştirilen politikalardır. Sağlık insan gücünün teşviki ve motivasyonunu sağlamayı amaçlayan bu politika ve uygulamalar; eğitim, kanuni düzenlemeler, mali teşvikler ile kişisel ve profesyonel destek olmak üzere dört ana kategoride gruplandırılabilir (Tablo 2) (Grobler ve diğerleri, 2015; WHO, 2010a, s. 8).

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Kırsal ve Uzak Bölgelere Çekilmesi, İstihdamı ve Tutulmasına Yönelik Müdahale Alanları

Müdahale Alanı	Örnekler
Eğitim	Kırsal bölgeden gelen öğrenciler
	Kırsal bölgelere açılan sağlık mesleği okulları
	Eğitim süresince kırsal bölge rotasyonları
	Kırsal bölgelerin sorunlarının yansıtıldığı eğitim programları
	Kırsal bölgede çalışanların sürekli mesleki gelişimi
Kanuni Düzenlemeler	Geliştirilmiş pratik eğitim
	Farklı türlerde sağlık çalışanları
	Zorunlu hizmet
	Hizmet karşılığı burslu eğitim fırsatı
Finansal Teşvikler	Uygun parasal teşvikler
Profesyonel ve Kişisel Gelişim	Daha iyi yaşam koşulları
	Güvenli ve destekleyici çalışma ortamı
	Sosyal destek
	Kariyer geliştirme programları
	Mesleki iletişim ağları
	Toplumsal farkındalığın artırılması

Kaynak: WHO, 2010a, s. 17.

2.3.1. Eğitim

Eğitim, yetkin sağlık çalışanları üretmenin temelidir. Ek olarak eğitim kırsal bölgelerdeki istihdamı artırmak için bir teşvik mekanizması olarak da kullanılmaktadır. Öncelikle “doğru” öğrencilerin, yani uzak ve kırsal alanlarda çalışma olasılığı daha yüksek olanların seçilmesi ve eğitilmesi kırsal alanlardaki personel azlığının iyileştirilmesi için kullanılması etkili bir müdahale yöntemidir. Çünkü kırsal geçmişe sahip öğrencilerin kırsal bölgeleri seçme ihtimalleri daha yüksektir. Ayrıca kırsal bölgelerde verilen eğitimlerle ve müfredatlarla kırsal bölge rotasyonlarının eklenmesiyle öğrencilerin gelecekteki çalışma yerlerini etkileme olasılığı da mümkün olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının, özellikle bilgiye erişimin kolay olmadığı izole edilmiş alanlarda, meslek hayatları boyunca öğrenmeye devam etme ihtiyacını desteklemek onları bu bölgelerde tutmak için etkili olmaktadır (Grobler ve diğerleri, 2015; WHO, 2010a, s. 17).

Yapılan araştırmalara göre yüksek, orta ve düşük gelir grubu ülkelerden kırsal bir geçmişe sahip mezunların kırsal bölgelerde çalışmaya gönüllü olmalarına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Bazı araştırmalar bu mezunların kırsal ve uzak alanlarda en az 10 yıl çalıştıklarını göstermektedir (Dolea ve diğerleri, 2010; Laven ve Wilkinson, 2003; Woloschuk ve Tarrant, 2004). Bir Cochrane sistematik incelemesine göre kırsal bölgede çalışma isteği ile en güçlü şekilde ilişkili tek faktörün kırsal geçmişe sahip olmak olduğu belirtilmektedir (Grobler ve diğerleri, 2015).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Çin, Demokratik Kongo Cumhuriyeti gibi çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalara göre kırsal bölgelerde yer alan tıp okullarının kentsel bölgelerde yer alanlara göre kırsal bölgelerde çalışmayı tercih eden daha çok hekim yetiştirdiği ve bu okulların kırsal bölgelerde sağlık çalışanı istihdam etmede daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (Ahuka, 2009; Wang, 2002; Wilson ve diğerleri, 2009). Ek olarak öğrencilerin eğitim süreleri boyunca kırsal bölgelerde uygulama yapmaları ve bu bölgelerde klinik rotasyonların artırılması da mezuniyet sonrası bu bölgelerde çalışma tercihlerini olumlu etkilemektedir (Courtney ve diğerleri, 2002; Kaye ve diğerleri, 2010).

Sağlık çalışanlarının yetkinliğini korumak ve performansını artırmak için sürekli eğitim ve mesleki gelişime erişimleri gereklidir. Ancak kırsal kesimdeki sağlık çalışanlarının bu eğitim programlarına erişmesi zor olabilir. Sürekli eğitim programları kırsal alanlarda uygulandığında ve kırsal sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarına odaklanıldığında, bu programların kırsal sağlık çalışanlarının yeterliliğini artırdığı, onlara bir profesyonel grubun parçası olduklarını hissettirdikleri ve bu alanlarda kalma isteklerini artırdıkları bildirilmektedir. Çin, Küba ve Tayland gibi çok çeşitli ülkelerde, kırsal bölgelerdeki sağlık çalışanlarının eğitimi, öğretimi ve özel desteğine yönelik uzun süredir devam eden çeşitli politika ve uygulamalar, nüfusun bu alanlarda kendini işine adanmış sağlık çalışanlarına erişiminde iyileşmeler sağlamıştır (WHO, 2010a, ss. 8-22).

2.3.2. Yasal Düzenlemeler

Yasal düzenlemeler devletin kontrolü sağlamak üzere kullandığı tüm kanuni, idari, hukuki ve politika araçlarıdır. Kırsal bölgelerde sağlık çalışanlarının istihdamı ve tutulmasını sağlamak üzere bir takım yasal düzenlemelere başvurulur. Yasal düzenlemeler ile zorunlu hizmet, sözleşmeli çalışma, farklı meslek gruplarının yetiştirilmesi ve istihdamı, kırsal bölgelerde çalışma kapsamının genişletilmesi gibi çeşitli uygulamalar yapılabilmektedir (WHO, 2010b, s. 23).

Özellikle az gelişmiş ve kırsal bölgelerde halkın sağlık çalışanlarına erişimini artırmak amacıyla yapılan uygulamalardan biri de sağlık çalışanlarının çeşitliliğinin ve yetkinliğinin artırılması yoluyla yetki devri sağlanmasıdır. Örneğin pratisyen hemşire uygulaması ve hemşirelere reçete yazma yetkisinin verilmesi ile hekim istihdamının güç olduğu yerlerde halkın yetkin sağlık çalışanına erişimi artırılmaktadır. Yapılan çalışmalar uygulama alanının genişletilmesiyle sağlık hizmet kalitesinin de düşmediğini göstermektedir. Öyle ki sistematik bir incelemeye göre kırsal olmayan ortamlarda olmasına rağmen, doktorlarla karşılaştırıldığında pratisyen hemşire konsültasyonlarının bazı yönleriyle daha iyi bakım kalitesi ile sonuçlandığını gösteren randomize kontrollü çalışmalar bulunmuştur (Horrocks ve diğerleri, 2002). Ek olarak, hastaların pratisyen hemşirelerden memnuniyet düzeyi daha yüksek bulunmuştur (WHO, 2010b, s. 24).

Zorunlu hizmet, sağlık çalışanlarının kırsal alanlarda hizmetlerin erişilebilirliğini sağlamak amacıyla belli bir süre uzak veya kırsal alanlarda mecburi olarak görevlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Zorunlu hizmet çeşitli Őekillerde uygulanabilir. Devletler sağlık profesyonellerinin mezuniyetlerinden sonra diplomalarını almadan önce, serbest çalışma hakkını elde etmeden önce, belirli bir uzmanlık veya kariyer gelişimine başvurmadan önce bir ön koşul olarak sunabilmektedir (Dolea ve diğerleri, 2010; WHO, 2010a, s. 25).

Yapılan çalışmalara göre 70 civarında ülkenin zorunlu hizmet uygulamasını kullandığı görülmüştür. Zorunlu hizmet süreleri ülkeden ülkeye bir yıldan dokuz yıla kadar değişiklik gösterebilmektedir. lkelere göre değişiklik göstermekle birlikte tüm mesleklerde uygulandığı tespit edilmiştir (Freywot ve diğerleri, 2010). Zorunlu hizmet uygulaması, özellikle hekimler arasında her ne kadar Őikayet edilen ve memnuniyetsizliğe neden olan bir faktör olsa da diğer taraftan yetkinliklerini ve iş doyumunu artıran bir deneyim olarak da ifade edilmektedir (Cavender ve Albán, 1998; SJ Reid, 2001). Buna karşın eğitim için burs ve maddi destek programları gibi etkili finansal teşviklerin zorunlu hizmet ile ilişkilendirilerek uygulanmasının daha olumlu sonuçlar verdiği kanıtlanmıştır (Bärnighausen ve Bloom, 2009).

2.3.3. Finansal Teşvikler

Kırsal bölgelerde sağlık çalışanlarının tutulmasını sağlamak için çalışanlar tarafından algılanan fırsat maliyetlerinden daha ağır basacak olan fazla maaş, ek ödeme, lojman, servis, ücretsiz tatil gibi teşvik kombinasyonları kullanılabilir. Literatürde birçok araştırma maaş ve ek ödeneklerin, sağlık çalışanlarının kırsal bir bölgede kalma veya buradan ayrılma kararlarını etkileyen temel faktörlerden ikisi olduğuna işaret etmektedir (Dieleman ve diğerleri, 2003; Iiping ve diğerleri, 2006; Kotzee ve Couper, 2006; Mangham ve Hanson, 2008; Martineau ve diğerleri, 2006; Mrayyan, 2005).

Mali teşvikler, diğer teşviklere oranla nispeten daha kolay ve hızlı uygulanabildiği için sağlık çalışanlarını uzak ve kırsal bölgelerde işe almak ve işte tutmak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Avustralya'da, uzak ve kırsal alanlarda uzun süre hizmet veren doktorlar

için ödenen miktar, yer ve hizmet süresine göre değişiklik gösteren mali teşvikler oluşturuldu. Bu teşvik planlarından biri, beş yıl sonra hekimlerin %65'ini bu bölgelerde tutmayı başardı (Gibbon ve Hales, 2006). Nijer'de, başkent Niamey dışında çalışan doktor, eczacı ve diş hekimlerinin sayısının artması mali teşvikler yoluyla sağlandı. Ancak uygulamadan iki yıl sonra, bu bölgelere gitmeyi seçen sağlık çalışanlarının oranı önemli ölçüde değişmedi. Başlangıçta %42 olan bu oran iki yıl sonra %46'ya çıktı (Nijer Sağlık Bakanlığı, 2008).

Finansal teşviklerin kırsal alanların çekiciliğinin artması üzerinde olumlu etkileri olduğunu gösteren Güney Afrika'daki başka bir çalışmada kırsal ödenek alan sağlık çalışanlarının %28 ile %35'inin bu uygulamanın gelecek yıl için kariyer planlarını etkilediğine inandıklarını ortaya koymuştur (S Reid, 2004). Zambiya Sağlık Çalışanları Tutma Programının ise iki yıl içinde kırsal alanlara 50'den fazla doktoru çekebildiği ve bunları daha önce hiç doktor bulunmayan bölgelerde tutabildiği bildirilmiştir (Koot ve Martineau, 2004) .

Politika yapıcıların, sağlık çalışanlarına özel mali teşvikler içeren programları tasarlarken potansiyel hassasiyetlerin özellikle de sağlık çalışanlarının kendileriyle diğer memurlar veya program kapsamı dışında bırakılan sağlık çalışanları arasında oluşabilecek sorunların farkında olmaları gerekir. Örneğin, Yeni Zelanda'da doktorlar arasındaki kırsal sıralama ölçeği ciddi anlaşmazlıklara neden olmuş, bazı doktorlar haksız bir şekilde kategorize edildiklerini ve yeni ödeme sistemi ile finansal olarak dezavantajlı olduklarını ifade etmişlerdir (Janes ve Dowell, 2004).

Sağlık çalışanları açısından arz fazlasına sahip ülkelerde finansal teşvik planları daha az maliyetli olacaktır. Çünkü işsiz sağlık çalışanları, halihazırda çalışan sağlık çalışanlarından daha düşük bir maliyetle kırsal alanlara çekilebilmektedir. Örneğin aşırı arzın olduğu Mali'de genç işsiz tıp doktorlarını kırsal bölgelere çekmek için mali teşvikler çok başarılı olmuştur. Nijer'de ise kentsel alanlardaki özel sektör, hekimler için avantajlı fırsatlar ve yeterli alan sunduğundan hekimlerin kırsal alanlara taşınmaları için teşvik mekanizması olarak finansal unsurları kullanmak neredeyse imkânsız hale gelmektedir. Bu, aşırı arzın olduğu Mali'den farklıdır (Dieleman ve diğerleri, 2003).

Mali teşvikler diğer müdahalelerle birlikte kullanıldığında etkinliği daha iyi ve uzun vadeli olabilir. Özellikle kırsal geçmişe sahip öğrenci ve sağlık çalışanları hedeflenebilir. Mali teşviklerin etkililiği ve sonuçları ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye değişiklik gösterebilir. Bundan dolayı teşvik mekanizması olarak finansal unsurlar kullanılmadan önce işgücü piyasasını da içeren bir mevcut durum analizi yapılmalıdır ve uygulanmadan önce çok iyi planlanmalıdır (WHO, 2010b, s. 29).

2.3.4. Profesyonel ve Kişisel Gelişim

Kırsal ve uzak bölgeler hem profesyonel hem de kişisel açıdan genellikle bir izolasyon duygusu yaşanmasına neden olur. Kırsal bir yerde çalışmayı seçerken neyin en önemli olduğu sorulduğunda, öğrencilerin, genç mezunların ve sağlık çalışanlarının hepsi de desteğe olan ihtiyaçtan bahsederler. Bu ihtiyacın altında iyi altyapı, sosyal etkileşim fırsatları, çocuklar için okul ve eşler için istihdam gibi konularla ilgili kaygılar yatar. Profesyonel destek, kariyerleri geliştirme ve sosyal ağlar veya diğer araçlarla meslektaşlarıyla iletişim ve danışma fırsatları son derecede önemlidir. Bütün sağlık çalışanları için, vermiş oldukları sağlık hizmetinin toplum tarafından tanınması, morallerini, statülerini ve dolayısıyla kırsal alanlarda çalışma arzularını artırmada etkilidir. Yapılan araştırmalara göre profesyonel ve kişisel gelişimi destekleyici müdahalelerin birbirini tamamlayıcı nitelikte olduğu, birbirlerinin etkisini artırdığı ve tek başlarına etkisiz olduğu görülmektedir. Tüm bunların ve daha önce bahsedilen müdahalelerin etkili olması için en temel gereklilik, insan kaynakları yönetim sistemlerini güçlendirmek, personelin işe alımı, dağıtımı ve motivasyonun artırılması fonksiyonlarını etkili bir şekilde sürdürmektir (WHO, 2010b, ss. 29-30).

Sağlık çalışanlarının uzak veya kırsal bir alanda çalışma kararlarını etkileyen faktörleri ortaya çıkarmayı amaçlayan çalışmalarda, iyi yaşam koşullarının mevcudiyeti her zaman çok önemli olarak belirtilir. Buna konaklama olanakları, yollar, elektrik, temiz içme suyu, internet erişimi, çocuklar için okullar ve eşler için istihdam fırsatları dahildir. Güney Afrikalı hekimler üzerinde yapılan bir araştırmada, daha iyi konaklama fırsatı, hekimlerin kırsal alanda kalmalarını etkileyecek en önemli üç faktörden biri olarak listelenmiştir (Kotzee ve Couper, 2006). Bangladeş'te yapılan bir araştırmada ise uzaklığın ve sağlık

merkezlerine zor erişimin sağlık çalışanlarının işe devamsızlığının başlıca nedenleri olduğu, yol ve elektriğin bulunduğu köy veya kasabalarda çalışan sağlık personeline erişimin daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur. Uygun konut, elektrik, telefon hizmetinin olmayışı ve okulların yetersiz oluşu kırsal bölgelerde hizmet sunmak için caydırıcı faktörler olarak bulunmuştur (Chaudhury ve Hammer, 2003).

Finansal olmayan teşvikler olarak adlandırılan ve daha iyi yaşama koşullarını içeren bu müdahaleler kırsal bölgelerde çalışanların tutulması için çok önemli ama uygulama açısından daha zordur. Kırsal bölgelerdeki altyapının iyileştirilmesi ve bu bölgelerin gelişmişlik seviyelerinin artırılması genel ekonomik gelişmenin bir parçasıdır. Bu yönde iyileştirmelerin sağlanması sadece sağlık çalışanlarının bölgelerde tutulmasını sağlamayacak aynı zamanda öğretmenler ve polisler gibi diğer kamu sektöründe çalışanlar üzerinde de benzer şekilde faydalı olacak yatırımlardır. Ek olarak tüm ekonomik sektörlerdeki faaliyetler için daha çekici bir ortam yaratacaktır (WHO, 2010b, ss. 30-31).

Uzak ve kırsal alanlarda sağlık çalışanlarının işe alınmasını ve bölgede tutulmasını artırmak için uygun altyapı, gerekli ekipman ve malzemelerin sağlanması ile daha iyi ve güvenli bir çalışma ortamı yaratılması maliyetli ve uzun süre gerektirse de çalışanların buraları tercih etmelerinde önemlidir. Memnuniyet anketlerinden elde edilen bilgilere göre, sağlık çalışanlarının bakıma muhtaç durumda olan, temiz ve akan suyu, temel ilaç, malzeme ve ekipmanı bulunmayan tesislerde çalışmaktan kaçındığı bildirilmektedir. Çünkü bu işlevsiz çalışma ortamları, onların yapmak için eğitildikleri uygulamaları ve yeteneklerini ciddi şekilde sınırlamaktadır (Henderson ve Tulloch, 2008; Kotzee ve Couper, 2006).

Mesleki olarak destekleyici bir çalışma ortamı ile yönetim tarzı ise kırsal bölgelerde iş tatmini, performans ve çalışma isteğine katkıda bulunan önemli unsurlardır. Bir Cochrane sistematik incelemesine göre, profesyonel ve kişisel desteğin sağlık profesyonellerinin yetersiz hizmet alan alanlarda çalışma seçimini etkileyebileceğini göstermektedir. Mesleki gelişim, sürekli eğitim ve mevcut yönetim tarzı sağlık çalışanlarının yetersiz hizmet alan alanlarda tutulmasını etkileyen önemli faktörlerdir (Grobler ve diğerleri,

2015). Kırsal bölgelerde çalışan sağlık profesyonellerinin uzaktaki meslektaşlarıyla iletişimlerinin sağlanması, uzaktan eğitim, konsültasyon vb. fırsatların sağlanması hem bu bölgelerdeki çalışanların iş doyumunu hem de hizmet kalitesini artıracaktır (WHO, 2010b, s. 32).

Kırsal bölgelerde sağlık çalışanlarının izolasyon hissini azaltmak için meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları gibi topluluklar faydalı olmaktadır. Örneğin, Tayland'daki Kırsal Doktorlar Derneği ve Vakfı, kırsal sağlık hizmetlerini desteklemenin yanı sıra ulusal ilaç politikası, temel ilaç listesi ve tütün kontrolü gibi halk sağlığı hareketlerine de katkı sağlamıştır. Ek olarak demokratikleşme ve siyasi reforma yönelik ulusal harekette de aktif bir rol oynayarak yolsuzluğa ve uygunsuz idari davranışlara karşı konulmasında da etkili olmuştur (Wibulprasert ve Pengpaibon, 2003).

Sağlık çalışanlarını kırsal alanlara çekmenin diğer bir yolu da kariyer geliştirme programları hazırlamak ve kırsal alanlarda üst düzey görevler sağlamaktır. Bir kariyer basamağı, sağlık çalışanlarının işlerinde ilerledikçe tırmanabilecekleri, en küçükten en üste kadar bir dizi görev sağlar. Bu, özellikle açık bir hiyerarşi anlayışının kural olduğu kamu sektöründe çok önemlidir. Kırsal alanlarda kariyer basamakları oluşturmanın sağlık çalışanlarını tutmaya yardımcı olabileceğine dair literatürde çok fazla kanıt yoktur. Ancak, anketlerden elde edilen bilgiler, kariyer beklentisinin, sağlık çalışanlarının uzak veya kırsal bir alanda çalışıp çalışmamalarıyla ilgili seçimlerinde önemli faktörler olduğunu göstermektedir (Butterworth ve diğerleri, 2008; Masango ve diğerleri, 2008). Kariyer geliştirme ile ilgili müdahaleler her ne kadar çalışanların iş tatmini, performans ve memnuniyetlerini artırsa da bazı meslek kuruluşları, akademisyen ve uzmanlardan karşıt görüşler gelebilir. Bu nedenle kariyer geliştirme ile ilgili programlar ülke ihtiyaçları ve gerçekleri doğrultusunda titizlikle hazırlanmalıdır (WHO, 2010b, s. 33).

Kırsal bölgeleri daha cazip hale getirmek için bu bölgelerde çalışanları tanınır hale getirmek faydalı olacaktır. Bu bölgelere veya illere özel günler düzenlemek ve bu bölgelerde çalışanlara ödüller vermek çalışanları toplum, yöneticiler ve diğer meslektaşları nezdinde bilinir hale getirerek çalışanların içsel motivasyonu arttırmaktadır (Willis-Shattuck ve diğerleri, 2008).

İster finansal ister finansal olmayan olsun, sağlık çalışanlarına yönelik teşvikleri uygulamadan önce, teşviklerin sağlık çalışanlarının talep ve beklentileriyle dikkatlice eşleştirilmesi gereklidir. Kırsal alanlarda çalışmanın fırsat maliyetlerini tam olarak anlamak için saha çalışmaları yapılmalıdır. Kesikli seçim yöntemi ile saha araştırmaları ve işgücü piyasası analizi gibi fizibilite çalışmaları ile teşvik programlarının tasarımları kanıta dayalı olarak gerçekleştirilmelidir (WHO, 2010b, s. 29).

3. BÖLÜM

KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜNDE

KULLANIMI

Bu bölümde kesikli seçim yönteminin teorik altyapısı hakkında bilgi ve sağlık sektöründe kullanımına ilişkin örnekler verilecektir.

3.1. KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİNİN TEORİK ALTYAPISI

Tercihleri belirlemeye yönelik teknikler, tüketicilerin bir mal veya hizmetle ilgili gözlenen seçim davranışlarının nedenlerini açıklamak amacıyla ekonomik faaliyetler kapsamında ortaya çıkmıştır. Bu var olan, geliştirilmekte olan veya henüz ortaya çıkmamış mal ve hizmetler için geçerli olabilir. Kesikli seçim yöntemi (KSY) katılımcıların varsayımsal alternatif dizileri üzerinden tercihlerini belirlemeye yönelik bir tekniktir. Her bir alternatif, kendine ait özellik veya özniteliklerden oluşur. Amaç her bir özellik veya özneliğin değerini sayısal olarak ortaya çıkarmaktır. Bireyin alternatifleri sıraladığı veya derecelendirdiği tercih belirlemeye yönelik diğer seçim teknikleriyle karşılaştırıldığında, KSY gerçek dünya kararlarına daha yakın sonuçlar sunar (Mangham ve diğerleri, 2009). KSY'nin gerçek dünya kararlarına daha yakın sonuçlar vermesinin nedeni katılımcıların diğer seçim tekniklerinde olduğu gibi sadece bir özellik veya değişkene yoğunlaşmadan aynı anda birden çok özelliğin bir arada bulunduğu senaryolar üzerinden karar vermeleridir (Lancsar ve Louviere, 2008).

KSY'nin teorik temeli; rasyonel seçim teorisi, rastgele fayda teorisi ve fayda maksimizasyonu varsayımlarına dayanmaktadır (Hall ve diğerleri, 2004). Bir tercih belirtilirken, bireyin fayda olarak bilinen en yüksek bireysel yararı ya da kazanımı sağlayan alternatifi seçtiği varsayılır (Lancaster, 1966). En yüksek faydayı sağlayan alternatife ait özellikler ve öznitelikler seçim davranışının belirleyicileridir. Alternatiflerden birinin seçimine karar verilmesi ödünleşmeyi yani taviz vermeyi içermektedir. Kazanılacak faydalar olduğu gibi maruz kalınacak maliyetler de

bulunmaktadır. Çünkü insanlar bir alternatifi seçerken diğerlerinden vazgeçerler (Bridges ve diğerleri, 2011).

Seçim teorisi veya rasyonel eylem teorisi olarak da bilinen rasyonel seçim teorisi, sosyal ve ekonomik davranışları anlamak ve modellemek için kullanılan teorik bir çerçevedir (Blume ve Easley, 2008). Rasyonel seçim teorisine göre toplu sosyal davranış; her biri kendi kişisel kararlarını veren bireysel aktörlerin davranışlarından kaynaklanır. Teori aynı zamanda bireysel seçimlerin belirleyicilerine de odaklanır. Birey mevcut seçim alternatifleri arasından birini seçer. Eksiksiz olduğu varsayılan bu tercihler mevcut alternatiflerden birinin seçilmesi veya hiçbirinin seçilmemesi şeklinde yapılabilir. Başka bir deyişle kişi A ya da B seçeneklerinden birini veya iki seçeneğin de tercih edilmediği C seçeneğini tercih edebilir. Kişiler tercihlerini belirlerken mevcut bilgilerini, olayların olasılıklarını, potansiyel maliyet ve faydaları hesaba katarak, kendi belirledikleri en iyi eylemi seçer ve bu seçimi yaparken tutarlı bir şekilde hareket ettikleri varsayılır. Daha basit bir ifadeyle, bu teori, her bireyin, en sıradan seçimleri yaparken bile, kendi kişisel maliyet ve fayda analizini yaptıklarını dikte eder. Böylece kişi her durumda kendisi için en uygun girişimi seçecektir. Bu, bir öğrencinin bir derse mi katılacağına yoksa yatakta mı kalacağına karar vermesinden alışveriş yapan birinin beş kuruşluk ödemediği kaçınmak için satın almamayı tercih etmesine veya bir seçmenin hangi adayın veya partinin ihtiyaçlarını en iyi karşılayacağına karar vermesine kadar farklı alanlarda görülmektedir (Browning ve diğerleri, 1999, s. 126).

Seçim teorisi karar verici, seçenekler, seçeneklerin nitelikleri ve karar kuralı olmak üzere dört ana elemandan oluşur (Osmanoğlu, 2005, ss. 2-6):

1. **Karar verici:** Bir birey, aile, hane halkı, şirket veya kamu kurumu olabilir. Farklı beğenilere ve önceliklere sahip karar vericiler farklı seçeneklerle karşılaşılır. Bu nedenle karar verme sürecinde bireysel özellikler ve farklılıklar seçim sonucunu etkiler. Ayrıca grup içi etkileşimler de karar sürecini etkileyebilir.
2. **Seçenekler:** Karar verici tüm seçenekleri içeren bir evrensel küme içinde yer alır. Seçim kümesi ise bu evrensel kümenin bir alt kümesidir. Seçim kümesi karar

verici için mümkün olan ve bilinen seçenekleri içerir. Seçim kümesi sürekli veya kesikli olabilir.

3. **Seçeneklerin özellikleri:** Karar verici seçenekler arasından tercih yaparken seçeneklerin özellikleri rol oynamakta olup seçeneğin seçilebilirliği özelliklerin değer vektörü ile belirlenmektedir.
4. **Karar kuralı:** Karar vericinin seçim kümesinden kendisi için uygun olan seçimi yaparken kullandığı iç mekanizma süreçlerini açıklar. Karar kuralları dört ana kategoride sınıflandırılmaktadır:
 - a. **Üstünlük:** Bir seçeneğin en az bir özelliği diğer seçeneklerin özelliklerine göre daha iyi ve diğer özellikleri de kötü değil ise üstün kabul edilir. Böylece iyi olmayan seçenekler karar kümesinden elenmiş olur.
 - b. **Memnuniyet:** Karar vericinin seçeneklerin özelliklerinden ne beklediği ile ilgili olup istek düzeyinin şiddeti olarak tanımlanır. Geçmiş deneyim, bilgi ve beklentiler karar vermede etkili olur.
 - c. **Eleme:** Karar verici her bir seçeneğin önce en alttakini eler. Sonuçta karar verici için en önemli özelliğin bütün seçeneklerinin elenmesi ile karar verilir.
 - d. **Fayda:** Özelliklerin vektörü olarak ifade edilen fayda, seçeneklerin seçilebilirliğinin ölçülebilir bir değeri olup basit bir fonksiyondur. Bu değer karar vericinin seçimlerini maksimize etme niyetini ölçer. İnsan davranışı tahmin modellerinde, fayda maksimizasyonu yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Osmanoğlu, 2005, ss. 2-6).

Seçim teknikleri 1930'lardan bu yana psikolojide kullanılmaktadır. Gözlenen seçim olasılıkları ile seçeneklerin faydasını ikili karşılaştırmalar yoluyla ilişkilendiren ilk kişi Louis Leon Thurstone'dur. "Katılıyorum"- "katılmıyorum" şeklinde ikili seçenekleri içeren ve Thurstone ölçeği olarak adlandırılan bu ölçek psikolojide seçim tekniklerine yönelik kullanılan ilk araçlardan biridir (Thurstone, 1928).

Seçim teknikleri 1970'lerden sonra ise pazarlama alanında kullanılmaya başlanmıştır. Daniel Mc Fadden, Thurstone'in teorisini ve bir malın faydasının onun özellikleri ile ilgili olduğunu öne süren Lancaster'in değer teorisi ile birleştirerek kendi teorisini geliştirmiştir. Ekonomik teoriye dayalı davranışsal modelden türetmiştir. Daha sonra istatistiğin entegre edildiği bu model, Rastgele Fayda Modeli olarak adlandırılmıştır. Bu model seçimleri özelliklerin faydası ve mevcut alternatifler ile ilişkilendirmektedir. Bu da uygulamada seçim modellemesi olarak bilinmektedir (McFadden, 1999). Mc Fadden'in geliştirmiş olduğu rastgele fayda modeli tamamı ile yeni bir model olup istatistiksel tahminler ve uygulamaların kullanıma imkân sağlamaktadır. Bu yönüyle paradigma değiştiren bir buluş olduğundan Nobel ile ödüllendirilmiştir (Heinrich ve Wenger, 2002).

Rastgele fayda modeline dayalı olan konjoint analizler özellikle tüketici tercihlerinin belirlenmesinde yaygın olarak tercih edilmeye başlanmıştır (Kjær, 2005, s. 19). Konjoint analizler bireylerin bir ürün ya da hizmet ile ilgili tercih sıralaması yapması istendiği durumlarda kullanılır. Sadece tercih sıralaması yapıldığı için var olan durumu yansıtmakta olup istatistiksel bir model kurulamamakta ve dolayısıyla veri kümesinde olmayan durumlar için ileriye dönük bir tahmin yapılamamaktadır. Ama yine de bir hizmet ile ilgili önceden veya bir ürün piyasaya sürülmeden önce tüketicilerin görüşleri ile ilgili ön bilgi elde etmek için faydalı bir yöntemdir. Diğer taraftan rastgele fayda modeline dayalı olan diğer bir seçim yöntemi olan kesikli seçim yöntemi ise tüketicilerin bir hizmet veya ürün ile ilgili tercihlerinin belirlenmesinde; pazar araştırmalarında ve özellikle de ulaşım problemlerinde son yıllarda yaygın olarak kullanılmaya başlanan bir yöntemdir. Ancak kesikli seçim yöntemi; seçeneklerin özelliklerinin istatistiksel önem kontrollerinin yapılabilmesi, istatistiksel bir model olması ve geleceğe ilişkin tahminlerin olasılıksal olarak belirlenebilmesi göz önüne alındığında konjoint analizlere göre daha avantajlıdır (Aktaş ve diğerleri, 2012; Morikawa ve diğerleri, 2002, s. 358; Osmanoglu, 2005, s. 52).

Kesikli seçim modelleri, özellikler ve özelliklerin seviyeleri yoluyla tanımlanmış olan alternatifler üzerindeki sıralı yanıtları (seçimler, sıralamalar ve eleştirmeler) analiz eder. Önceleri gerçek-dünya verilerini (real-world data) analiz etmek için geliştirilmişken, son

yıllarda beyan edilen tercihlerin analizinde de kullanılmaya başlanmıştır. Çünkü yöntem olarak daha fazla bilgi elde edilmesini sağlayan, esnek ve güçlü bir istatistiksel yöntemdir. Jordan Louviere gibi araştırmacılar yapılandırılmış deneysel çalışmaların içinde bireyler tarafından yapılan seçimleri kesikli seçim yöntemi gibi çeşitli yöntemlerle modellemiştir. Özelliklerin seçiminde özgürlük bulunması geniş bir uygulama alanı sağlar. Daha önce de ifade edildiği gibi ulaşım, pazarlama, çevre, ekonomi ve sağlık gibi birçok alanda uygulamalara rastlanmaktadır. Ayrıca, ödeme istekliliği ile ilgili tahminleme yapabilmek için veri sağlar, sağlık durumu ve yaşam kalitesi ile ilgili fayda ağırlıklarının tahminlenmesinde de kullanılır (Bliemer ve Rose, 2011; Louviere, 1996).

KSY’de kişilerin tercihlerinin belirlenmesinde iki yöntem kullanılabilir. Bunlar kişilerin açığa çıkan yani gerçek dünya tercihleri (revealed preferences) ve belirtmiş oldukları (stated preferences) tercihleridir.

Açığa çıkan tercihler

Açığa çıkan tercih değerlendirme yöntemi, bir bireyin bir dizi alternatif arasından tercihlerini ortaya çıkarmak için gerçek davranışlarının gözlemlendiği yaygın olarak kullanılan bir stratejidir. Farklı ulaşım seçenekleri arasındaki değişimler genellikle açığa çıkmış tercihler yöntemi kullanılarak incelenir, çünkü verinin gerçek işe geliş-gidiş yollarının gözlemlenerek elde edilmesi ve yorumlanması nispeten kolaydır. Ancak bu yöntemde de bireylerin o anki davranışlarını etkileyen dışsal faktörlerin varlığı göz ardı edilmemelidir (Appleby, 2007; Brownstone ve diğerleri, 2000; Kroes ve Sheldon, 1988). Ekonomistlerin doğal eğilimi, gerçek seçimlere (açığa çıkan tercihlere) dayalı verileri, belirtilen/beyan edilen tercihlere dayalı verilere tercih etmektir. Ancak bu yaklaşım, gerçekte tartışılmaz bir temel oluşturma avantajına sahipken, birkaç dezavantaja sahiptir. En önemlisi, alternatiflerin varyasyon aralığı dar olabilir. Örneğin, yeni tür veya farklı büyüklükte teşvik paketleri sunan yeni politika müdahalelerine sağlık çalışanlarının verebileceği tepkileri tahmin etmeyi imkânsız hale getirebilir. İkinci olarak, alternatiflerin özellikleri hakkında veri elde etmek zor olabilir. Üçüncüsü, bazı özellikler arasında önemli düzeyde çoklu bağlantı olabilir, bu da fayda üzerindeki etkisinin çözülmesini zorlaştırır. Son olarak, çok sayıda alternatifi dikkate alma ihtiyacı, karmaşık ve

muhtemelen güvenilir olmayan tahmin yöntemlerini gerektirir (Chomitz ve diğerleri, 1999; Hurley, 1990).

Belirtilen/Beyan edilen tercihler

Belirtilen/beyan edilen tercihlere dayalı verilerin kullanılması gözlenen ya da açığa çıkan tercihlerin verilerine dayalı yaklaşımlardan kaynaklanan dezavantajların üstesinden gelebilir (Louviere, 1996). Belirtilen tercihlere dayalı yöntemler, tüketicinin önerilen ürünler veya hizmetlere tepkisini değerlendirmek için pazar araştırmasında ve piyasa dışı malların değerlendirilmesi için çevre ekonomisinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu yöntem, seçime dayalı birleşik bir analiz olup yanıtlayıcılardan varsayım dayalı (hipotetik) alternatifler arasından seçim yapmalarını ister. Burada her alternatif bir özellikler demeti olarak tanımlanır. Araştırmacı, öznel özelliklerin/özelliklerin seviyelerini belirlemede tam bir özgürlüğe sahip olduğundan, bunlar ilgili politika alanlarını kapsayabilir ve çoklu bağlantıdan bağımsız olacak şekilde yapılandırılabilir (Chomitz ve diğerleri, 1999). Bu yaklaşım, deneysel tasarımda daha fazla doğruluk sağlamanın yanı sıra, tercihleri etkileyebilecek dışsal faktörleri daha iyi kontrol edebilme esnekliğine de sahiptir. Belirtilen tercih yaklaşımının bir dezavantajı, birinin tercihlerinin, anketin varsayımsal niteliği ve bir özellik için ödeme istekliliğini (WTP) fazla gösterme eğilimi nedeniyle gerçek hayattaki kararları tam olarak temsil edemeyebileceğidir (Appleby, 2007; Kroes ve Sheldon, 1988).

Son yıllarda yaygın olarak beyana dayalı tercihlerin ölçüldüğü KSY çalışmaları politika yapımcılara daha fazla bilgi sağlamak amacıyla sıkça uygulanmaktadır.

3.2. KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİ VE KULLANIMI

KSY faydanın *niteliğe* dayalı bir ölçümü olarak tanımlanmaktadır. Bir mal ya da hizmetle ilgili bireysel kararların, söz konusu mal ya da hizmetin nitelikleri veya özellikleri ile belirlendiği varsayımına dayanır. Örneğin KSY, ulaşım ile ilgili seçimlerin; “seyahat şekli”, “maliyet”, “seyahat süresi” ve “rahatlık” gibi özelliklere göre nasıl belirlendiğini incelemek üzere ulaşım ekonomisi alanında sıklıkla kullanılmaktadır (Hensher ve

diğerleri, 2005; WHO, 2012, s. 10). Bu yöntemde katılımcılara hipotetik bir dizi soru seti sunulur ve bunlardan kendileri için en uygun olanı tercih etmeleri istenir (Şekil 12). Bu soru setleri ilgili konunun özellikleri ve bu özelliklerin alt seviyelerine göre değişiklik gösterir.

	A Türü	B Türü	
Seyahat şekli	Araba	Otobüs	
Seyahat Süresi	20 dakika	25 dakika	
Ulaşım aracına/aracından yürüyüş süresi	0 dakika	3 dakika	→ Seviye/düzey
Ücret	50 birim	20 birim	
Seçtiğim ulaşım türü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

↓
Özellik/öznetelik
↓
Alternatif/senaryo

Şekil 12. Kesikli Seçim Yönteminde Bir Soru Seti/Seçenek Örneği

Kaynak: Penn-Kekana ve diğerleri, 2005.

KSY sağlık alanında ilk olarak hasta deneyimlerinin ve tercihlerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalarda sağlık sonuçları ve hasta deneyimleri arasındaki ödünleşimler ortaya konulmaya çalışılmıştır (de Bekker-Grob, 2009, s. 59). Başka bir deyişle bir yöntem veya tedavinin hastanın yaşam kalitesi ve sağlık durumu üzerinde yarattığı/yaratacağı sonuçların hasta tarafından nasıl tercih edildiği araştırılmıştır. Örneğin, Guimarães ve diğerleri (2010) diyabet hastalığının yönetiminde insülin tedavisine ilişkin, Kimman ve diğerleri (2010) meme kanseri tedavisinden sonraki dönemde, de Bekker-Grob ve diğerleri (2010) HPV bağışıklamasında, Yeo ve diğerleri (2012) diyabetik retinopatinin izlenmesinde, Bansback ve diğerleri (2012) çeşitli sağlık durumlarına ilişkin değerlerin (utility) tahmin edilmesinde, Dixon ve diğerleri (2015) farklı toplum tabanlı sağlık hizmet modellerinin değerlendirilmesinde, Hiligsmann ve diğerleri (2014) osteoporozun ilaçla tedavisinde, Van Dam ve diğerleri (2010) kolorektal

kanser tarama programlarında ve Bessen ve diğeri (2014) meme kanserinde uzun dönem uzman destekli bakımda hastaların tercihlerinin belirlenmesi amacıyla KSY'yi kullanmışlardır.

Son yıllarda ise sağlık profesyonellerinin iş ve çalışma koşullarıyla ilgili tercihlerinin belirlenmesi amacıyla KSY'ye dayalı çalışmalar artmıştır (Liu ve diğeri, 2019; Park ve Ko, 2016; Song ve diğeri, 2012). KSY sağlık sektöründe gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde, işin niteliklerinin veya işe ait faktörlerin iş seçimini nasıl etkilediğinin değerlendirilmesi amacıyla uygulanmaktadır. Bu araştırmalar, sağlık çalışanlarının yeterince hizmet alamayan bölgelere çekilmeleri ve bu bölgelerde tutulmaları ile ilgili politika yapıcıları ve karar vericileri bilgilendirmek amacıyla tercih edilmektedir (WHO, 2012, s. 10). Ek olarak KSY, sağlık hizmetlerinin sunulmasında çeşitli faktörlerin önemini incelemek üzere, hem hasta deneyimi hem de sağlık sonuçları göz önüne alınarak, çeşitli özellikler arasındaki ödünleşmeler, tercihler ve farklı özellikler için ödemeye istekli olunması (WTP) durumlarının ölçülmesi amacıyla giderek daha fazla kullanılmaktadır (de Bekker-Grob, 2009, s. 145).

KSY'ye dayalı bir çalışmada, katılımcılara maaş, konut sağlanması ve kariyer geliştirme olanakları gibi özelliklere ve bunların seviyelerine göre değişiklik gösteren bir dizi hipotetik iş seçenekleri sunulur ve politik düzeyde aşağıdaki bilgilerin elde edilmesi amaçlanmaktadır (WHO, 2012, s. 10):

- Hangi iş özelliklerinin önemli olduğu ve bir özelliğin veya özneliğın diğeri ile karşılaştırıldığında ne kadar önem taşıdığı
- Bir sağlık çalışanının, bir işin diğeri özelliklerine ilişkin iyileştirmeler için maaşının ne kadarından vazgeçebileceği, bir başka deyişle, sağlık çalışanlarının, maaşları ile görel olarak bir işin diğeri özelliklerine ne kadar değer verdikleri
- Katılımcıların belirlenmiş özellikleri olan bir işi kabul etme olasılığı

İş seçimi, işin özellikleri ya da özneliklerine göre belirlendiğinden KSY sağlık işgücü alanında yararlı bir teknik olarak kabul edilmektedir. KSY'nin işgücü ile ilgili sorunlara

uygulanmasına ilişkin literatürde çeşitli çalışmalar yer almaktadır (Tablo 3). Düşük ve orta gelirli ülke bağlamında yayınlanan ilk çalışmada Chomitz ve diğerleri, (1999) hekimlerin Endonezya'nın uzak kırsal alanlarında hizmet vermeleri için teşvikler geliştirmek amacıyla KSY uygulamışlardır. Bu çalışmada kullanılan özellikler arasında; şehir, uzaklık, toplam aylık gelir, sözleşme süresi, daha sonra kamu hizmetlerine atanma olasılığı ve izleyen uzmanlık eğitimi yer almıştır.

Tablo 3. Sağlıkta İnsan Kaynaklarına İlişkin Yürütülen KSY Çalışmaları

Çalışma	Ülke	Çalışmanın Amacı
Chomitz ve diğerleri (1999)	Endonezya	Hekimlerin Endonezya'nın uzak kırsal alanlarında hizmet vermeleri için olası teşviklerin belirlenmesi
Gosden ve diğerleri (2000)	İngiltere	Pratisyen hekimlerin (GPs) yetersiz hizmet alan bölgelerde istihdamlarını sağlamak üzere iş niteliklerine ilişkin tercihlerinin belirlenmesi
Scott (2001)	Birleşik Krallık	Pratisyen hekimlerin (GPs) finansal ve finansal olmayan teşvik tercihlerinin belirlenmesi
Ubach ve diğerleri (2003)	İskoçya	Hastane danışmanlarının istihdamının artırılması ve iş yerinde tutulmasının sağlanmasına ilişkin iş tercihlerinin belirlenmesi
Wordsworth ve diğerleri (2004)	İskoçya	Pratisyen hekimlerin (GPs) iş niteliklerine ilişkin verdikleri göreceli değeri belirleyerek istihdam ve işte tutulmaları ile ilgili sorunların incelenmesi
Penn-Kekana ve diğerleri (2005)	Güney Afrika	Personel dinamiklerini anlamaya ilişkin çeşitli iş özelliklerinin göreceli önemlerinin belirlenmesi
Mangham ve Hanson (2008)	Malawi	Kamuda hemşirelerin iş seçimlerini etkileyen faktörlerin göreceli önemlerinin belirlenmesi ve sıralanması
Hanson ve Jack (2010)	Etiyopya	Kırsal bölgelerde hekim ve hemşire sayısının artırılması için olası politikaların etkilerinin incelenmesi
Kolstad (2011)	Tanzanya	Kırsal bölgelerde çalışmayı cazip hale getirmek için sağlık çalışanlarının iş tercihlerinin incelenmesi
Blaauw ve diğerleri (2010)	Kenya, Güney Afrika, Tayland	Personeli kırsal bölgelere çekmek için çeşitli politika teşviklerinin etkisinin incelenmesi
Kruk ve diğerleri (2010)	Gana	İntern tıp öğrencilerinin kırsal bölgelerde çalışmalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi

Sivey ve diğeri (2010)	Avustralya	Yeni başlayan hekimlerin uzmanlık dallarının farklı niteliklerine ilişkin tercihlerinin belirlenmesi
Vujicic ve diğeri (2010a)	Liberya	Hemşireleri kırsal bölgelere çekmek için politika seçeneklerinin belirlenmesi
Vujicic ve diğeri (2010b)	Vietnam	Hekimlerin ve tıp öğrencilerinin kırsal bölgelere çekilmesi
Vujicic ve diğeri (2011)	Vietnam	Hekim eksikliğinin işgücü piyasası yaklaşımı ile araştırılması
Huicho ve diğeri (2012)	Peru	Hemşire ve ebelerin kırsal bir bölgede işe başlamalarıyla ilgili tercihlerinin değerlendirilmesi
Rockers ve diğeri (2012)	Uganda	Stajyer sağlık profesyonellerinin kırsal kliniklerde çalışma tercihlerinin belirlenmesi
Robyn ve diğeri (2012)	Burkina Faso	Toplum tabanlı sağlık sigortası ödeme mekanizmaları ile ilgili sağlık çalışanlarının tercihlerinin belirlenmesi
Rao ve diğeri (2013)	Hindistan	Kırsal bölgelerdeki klinisyen eksikliği ile hekim ve hemşirelerin iş tercihlerinin araştırılması
Takemura ve diğeri (2016)	Kenya	Kırsaldaki kamu sağlık kuruluşlarındaki klinisyenler arasında iş tercihlerinin belirlenmesi
Fields ve diğeri (2018)	ABD	Lisanslı hemşirelerin kırsal ve kentsel iş tercihlerinin araştırılması
Liu ve diğeri (2019)	Çin	Hemşirelik öğrencilerinin iş tercihlerinin incelenmesi

Kaynak: WHO, 2012 s.11-12’de yer alan tabloya göre yazar tarafından güncellenmiştir.

KSY’de katılımcılara sunulan seçenekler araştırmanın amacına göre etiketsiz (unlabelled) (Şekil 13) veya etiketli (labelled) (Şekil 14) olabilir. Etiketli bir tasarımda sunulan alternatiflerin, kırsal/kentsel iş, sağlık merkezi/hastane vb. gibi belirli etiketleri vardır. Etiketsiz bir tasarımda ise alternatifler basitçe A işi ve B işi olarak sunulur. Etiketsiz tasarımlar, jenerik olup niteliklerin değerini belirlemek için kullanılır. Etiketli tasarımlar alternatifte özgü değerlemeler üretir. Sağlık ekonomisi literatüründeki KSY çalışmalarının çoğunda jenerik tasarımlar kullanılmıştır. Etiketli tasarımlarda bireyler, alternatifin kırsal ve kentsel olması durumunu göz önünde bulundurarak iş özellikleriyle ilgili karar verirler.

Örneğin, konut imkânı kırsal bir bölgede kentsel bir bölgeye göre daha değerli görülebilir (Blaauw ve diğerleri, 2010).

A İşi						
İlaç ve Tıbbi Ekipmanlara Erişim	Lojman	Eğitim fırsatları	İşyükü	Altyapı	Maaş ve ek ödemeler	Bölge
Yeterli	Yok	6 yıl hizmetten sonra eğitim fırsatı var	Normal: Günlük işleri tamamlamak için yeterli süre ve 1 saatlik fazla mesai	Bölge cep telefonu, su ve elektrik için altyapıya sahip	Aylık 350.000 T Sh	Merkezde
B İşi						
İlaç ve Tıbbi Ekipmanlara Erişim	Lojman	Eğitim fırsatları	İşyükü	Altyapı	Maaş ve ek ödemeler	Bölge
Yetersiz	Var	2 yıl hizmetten sonra eğitim fırsatı var	Ağır: Günlük işleri tamamlamak için yeterli süre nadir ve 3 saatlik fazla mesai	Bölge cep telefonu, su ve elektrik için altyapıya sahip değil	Aylık 500.000 T Sh	Merkeze 3 saat uzaklıktaki mesafede

Şu andaki pozisyonunuzu göz önünde bulundurarak yukarıdaki iş seçeneklerinden hangisini seçerdiniz?

A İşi B İşi

Şekil 13. Katılımcılara Sunulan Etiketsiz Seçeneklerden Biri (Kolstad, 2011)

Çalışmak için aşağıda size sunulan kamuya ait iki kurumdan hangisini seçerdiniz?		
	Kırsal Bölgede Bir Kurum	Kentsel Bölgede Bir Kurum
Kurum türü	Klinik	Hastane
Yıllık gelir	120.000 R	120.000 R
Kırsal bölge ödeneği	Yıllık ek 12.000 R	Yok
Uzmanlaşmak için eğitim izni almadan önce çalışmanız gereken yıl sayısı	2 yıl	2 yıl
Lojman imkanı	Ortak alanlara (mutfak, tuvalet) sahip bir lojman imkanı mevcut	Yok
Terfi almaya hak kazanabilmek için çalışmanız gereken yıl sayısı	2 yıl	2 yıl
Servis imkanı	Yok	Yok
Kurum kültürü ve yönetim tarzı	Kurum formal bir yapıda. Yöneticiler kuralcı, stabil ve işlerin yürütülmesi odaklı.	Kurum kişileri destekleyici. Yöneticiler takım çalışması, adalet ve çalışanların gelişmesine odaklı.
Hangi kurumu seçerdiniz?	Kırsal Kurum <input type="checkbox"/>	Kentsel Kurum <input type="checkbox"/>

Şekil 14. Katılımcılara Sunulan Etiketli Seçeneklerden Biri (Blaauw vd., 2010)

Sağlık profesyonellerine iş seçimleri veya çalışma koşulları ile ilgili tercihlerinin sorulduğu KSY'ye dayalı bir çalışmada, maaş, konut sağlanması, eğitim ve kariyer geliştirme olanakları gibi özelliklerden oluşan alternatifler ve bunların seviyelerine göre değişiklik gösteren bir dizi varsayıma dayalı iş seçenekleri sunulabilir ve elde edilen yanıtlar, politika düzeyinde bazı bilgilerin elde edilmesi için kullanılır (WHO, 2012, s. 12). Ancak, KSY'ye dayalı bir çalışmanın yürütülmesi için aşağıdaki açıklanmış olan bir dizi işlem basamaklarının yerine getirilmesi gerekir.

3.3. KESİKLİ SEÇİM YÖNTEMİNİN UYGULAMA BASAMAKLARI

KSY çalışmaları anketle yürütülen, alternatiflerin özelliklerine ve katılımcıların gerçekte ne yapacaklarından çok ne yapacakları konusunda söylediklerine dayanan kantitatif araştırmalardır. KSY'ler kişilere varsayıma dayanan birtakım tercihler sunarlar. Gerçek hayatta kişilere çok çeşitli özellikleri barındırabilen bu tür bir iş seçenekleri yelpazesinin sunulması güçtür. KSY'ler ise normal şartlarda sağlanamayan iş veya çalışma koşulu özellikleri ve bunların alt seviyeleri ile hazırlanmış, varsayıma dayalı senaryolar sunarak katılımcıların bu alternatifler bağlamında nasıl tercih yaptıkları gözlenebilir. Bu esneklik ise politika yapıcılara farklı yelpazedeki iş seçeneklerinin tercih olasılıkları ile ilgili kanıta dayalı bilgi sağlanmasını mümkün kılar. Bu bakımdan KSY'ler güçlü bir bilimsel yöntemdir. KSY'nin kilit önem taşıyan çeşitli aşamaları şunlardır (Jaskiewicz ve diğerleri, 2012, ss. 1-2; WHO, 2012, s. 13):

- Özelliklerin ve seviyelerinin tanımlanması
- Deneysel tasarımın oluşturulması: kişilere hangi seçeneklerin (iş profillerinin) sunulacağına karar verilmesi
- Anketin geliştirilmesi ve verilerin toplanması
- Veri girişi
- Analiz ve yorumlama

3.3.1. Özelliklerin ve Seviyelerinin Tanımlanması

KSY'nin gerçekleştirilmesindeki ilk aşama, sağlık çalışanları için önemli olan iş özelliklerinin ve bu özelliklere ait alt seviyelerin tespit edilmesidir. Özelliklerin ve bu özelliklerin seviyelerinin seçimi; sağlık alanında iş seçimine yönelik insan kaynakları literatüründeki bilgilere dayanmalı, gerçekçi ve politika açısından uygulanabilir olmalıdır. Bu sebeple özellik ve seviyelerinin tanımlanmasındaki basamaklar; literatür taranarak en sık kullanılan özelliklerin belirlenmesi, araştırmanın uygulanacağı meslek grupları ile odak grup görüşmeleri veya yüz yüze görüşmeler gibi nitel çalışmalar yoluyla en çok önemsenen özelliklerin seçilmesi ve belirlenen özellik ve alt seviyeleri ile ilgili yönetici veya uzmanlarla görüşülmesidir (WHO, 2012, ss. 14-15).

KSY literatüründe özelliklerin ve özelliklerin seviyelerinin türetilmesinde nitel çalışmaların önemi giderek daha fazla artmakta ve bu tür yöntemler sağlık alanında yaygın bir şekilde uygulanmaktadır (Coast ve Horrocks, 2007; de Bekker-Grob, 2009, s. 13). Lievens ve diğerleri (2009) sağlık iş gücünün sorunlarının anlaşılmasında nitel araştırma yöntemlerinin kullanılmasına ilişkin yararlı bir kılavuz sunmaktadırlar. Hindistan'da sağlık çalışanlarının kırsal alanlara nasıl çekilebileceğine ilişkin bir KSY çalışması için gereken özellik ve seviyelerin elde edilmesinde bilgi sağlayan ayrıntılı nitel çalışmaları bildirmişlerdir (Rao ve diğerleri, 2013). KSY ile yürütülen çalışmalarda konuyla ilişkili özelliklerin ve özelliklere ait seviyelerin belirlenmesinde odak grup görüşmeleri, derinlemesine yüz yüze görüşmeler kullanılmaktadır (Kolstad, 2011; Kruk ve diğerleri, 2010; Mangham ve Hanson, 2008; Rockers ve diğerleri, 2012).

KSY'ye dahil edilecek özellik sayısı önemlidir. Kişiler seçeneklere yanıt verdiklerinde tüm özellikleri değerlendirdikleri ve bunlar arasında ödünleşmeler yaptıkları varsayılır. Bu tür ödünleşmelerin tahmin edilmesine ve böylelikle parasal değerlerin belirlenmesine olanak tanıyan bu varsayımdır. Burada bir endişe konusu, çok fazla özellik ve seviyenin dahil edilmesi halinde kişilerin tüm bilgileri dikkate alamayacağı ve basit karar verme stratejilerini (örneğin her zaman en yüksek ücretli seçeneği işaretlemek gibi) benimseyeceğidir. Böyle bir durumda ödünleşmelerin geçerliliği olmayacaktır (WHO, 2012, s. 15).

Sağlık ekonomisinde iş gücü sorunları üzerindeki uygulamalar kapsamında genellikle 5 ile 8 arasında özellik araştırmaya dahil edilmektedir. Bir KSY yürütülürken pilot çalışmada yer alacak kabul edilebilir özellik sayısının araştırılması önemlidir (de Bekker-Grob, 2009; WHO, 2012, s. 15). Johnson ve diğerleri (2019) KSY ile yürütülmüş 55 çalışmayı inceleyerek, kullanılan özellik sayılarının 3-9 arasında değişkenlik gösterdiğini bildirmişlerdir.

Özelliklere ait seviyeler sürekli veya kategorik olarak tanımlanabilir. Sürekli değişkenler herhangi bir sayısal değere sahip olabilirler. Sürekli özellikler; maaş, ulaşım ödeneği, burs, bir uzmanlığa başvurmadan önce zorunlu olarak çalışılması gereken süre ve terfiye hak kazanana kadar kurumda çalışılması gereken süre vb. olabilir. Daha önce de belirtilmiş olduğu gibi, sürekli değişkenlerin dahil edilmesi, politika düzeyinde son derece yararlı sonuçlar alınmasına olanak sağlayan ödünleşmelerin tahmin edilmesinde gereklidir (Kolstad, 2011; Vujicic ve diğerleri, 2010b).

Kategorik değişkenler, seviyelerin belirli kategorilere dahil oldukları değişkenleri ifade ederler. Bu tür değişkenler ve nasıl açıklandıkları aşağıdaki şekilde tanımlanabilir (Tablo 4).

Tablo 4. Özelliklere Ait Seviyelerin Tanımlanması Örneği

Özellik	Kategori/Seviye	Açıklama
Lojman	1. Basit	Mutfak ve banyonun paylaşıldığı tek oda
	2. Kaliteli	Küçük iki yatak odalı bir ev
İşyeri yönetimi ve kültürü	1. Hiyerarşik	Yöneticilerin istikrara önem verdikleri ve işlerin sorunsuz bir şekilde yürütülmesi için kurallara uydukları resmi ve yapılandırılmış bir kurum
	2. İlişkisel	Yöneticilerin ekip çalışmasına, sadakate ve personelin potansiyelinin tam olarak geliştirilmesine önem verdikleri kişisel ve destekleyici bir kurum
Kreş	1. Var	Devlet tarafından sağlanan kreş imkânı var
	2. Yok	-

Kategorik değişkenlerin katılımcılar tarafından, anket formunu tasarlayanların amaçladıkları şekilde yorumlanmaları gerektiğinden, bu değişkenlerin tanımlanması sırasında seviyelerle neyin ifade edilmek istendiğinin açık bir şekilde tanımlanması önemlidir. Örneğin, “kırsal” ve “kentsel” kavramlarının ne anlama geldikleri konusunda genel bir anlayışa sahip olmaları önemlidir (WHO, 2012, ss. 15-16).

Örneğin, Chomitz ve arkadaşları, (1998) “uzaklık” özelliğini (uzak olmayan, uzak veya çok uzak); Mangham ve Hanson (2008) “iş yeri” özelliğini (şehir veya ilçe, kasaba); Hanson ve Jack (2010) “konum” özelliğini (Addis Ababa ve başkent bölgesi) ve Kolstad (2011) “konum” özelliğini (Dar es Salaam; merkez bölge ofisi, ilçe merkez ofisi ve “ilçe merkez ofisinden otobüsle üç – dört saatlik mesafe”) olarak tanımlamışlardır (WHO, 2012, s. 16).

Blaauw ve diğerleri, (2010) “kırsal” ve “kentsel” etiketlerini kullanarak, etiketli tasarım olarak bilinen yöntemi kullanmışlardır. Burada, konum özelliğinin tanımlanması yerine, her seçenek “kırsal iş” veya “kentsel iş” olarak etiketlenmiştir. Kırsal tesisleri, altyapının yeterince gelişmemiş, dükkân ve okul gibi hizmetlere erişimin sınırlı olduğu küçük köylerdeki veya uzak kırsal alanlardaki tesisler olarak tanımlamışlardır. Kentsel tesisleri ise iyi gelişmiş ve tüm hizmetlere erişimi bulunan şehirler veya büyük kasabalarda yerleşik tesisler olarak tanımlanmıştır. Etiketli tasarım kullanılırken, kategorik özelliklerin tanımlanmasında da olduğu gibi, araştırmacının etiketleri iyi bir şekilde tanımlaması gerekecektir (WHO, 2012, s. 16).

Araştırmacılar çoğunlukla özellik ve seviyeleri, politikalarla potansiyel olarak uygulanabilir olan gerçekçi seviyeler içinde tanımlamalıdır. Esas itibarıyla, katılımcılara, gerçekçi olmayan bir şekilde yüksek bir maaşın veya politika düzeyinde uygulanması mümkün olmayan parasal olmayan sosyal yardımlar sunmanın bir anlamı olmayacaktır. Bununla birlikte, KSY’lerin varsayım dayalı yapısı, seçeneklerin mevcut politika alanının ötesine —sınırların gerçekçi bir şekilde esnetilebildiği ölçüde — genişletilmesine olanak tanıyabilmektedir (WHO, 2012, s. 16).

3.3.2. Deneysel Tasarımın Seçilmesi ve Seçenek Setlerinin Oluşturulması

İlgili özelliklerin ve bunların seviyelerinin belirlenmesinin ardından, farklı özellik ve seviye kombinasyonlarını içeren varsayım dayalı iş seçenekleri oluşturulur ve katılımcılara sunulur. İş seçenekleri oluşturulurken özellik ve seviyelerin olası kombinasyonlarının toplam sayısı içinden kaç tanesinin ve hangi iş seçeneklerinin sunulması gerektiğine karar verilir. Olası iş tanımı sayısı, özellik ve seviyelerin sayısına göre belirlenir. Örneğin, 4 seviyesi bulunan 4 özellik ile $n(n-1)/2$ formülüne göre;

$$n=4^4 = 256 \quad 256 \times (255) / 2 = 32.640$$

256 adet senaryo ve **32.640** adet benzersiz seçenek seti oluşturulabilir.

Katılımcılara tüm olası seçeneklerin sunulması tam faktöriyel tasarım (full factorial design) olarak bilinmektedir. Ancak, çok fazla seçenek grubu yaratması nedeniyle bu çoğunlukla mümkün olmayıp, tercihlerin ortaya konduğu profillerin azaltılması için kesirli faktöriyel tasarımlar (fractional factorial design) kullanılmaktadır. Bu tasarımlar, adından da anlaşılacağı gibi, olası seçenek gruplarının toplam sayısının kesrini oluşturmakta olup, deneysel tasarım yöntemleri kullanılarak elde edilmektedirler. Deneysel tasarımlar (experimental design), kesirli faktöriyel tasarım gibi yöntemlerle katılımcılar için azaltılmış seçim örneklerinin sunulmasını sağlarlar. Azaltılmış seçim setlerinin oluşturulmasında ortogonal tasarım, D-efficient tasarım veya baseyan tasarım gibi çeşitli deneysel tasarımlar kullanılır. Literatürde 2000’li yılların başına kadar ortogonal tasarımlar sıklıkla kullanılmakla birlikte son yıllarda D-efficient tasarım tercih edilmeye başlanmıştır. Deneysel tasarımın elde edilmesi için çeşitli programlar kullanılabilir (<http://www.spss.com>; Kuhfeld, 2013; <http://www.sawtoothsoftware.com>; Sloane, 2007; N-gene; Jaskiewicz ve diğerleri, 2012; Liu ve diğerleri, 2019). Deneysel tasarım yöntemleri, seçeneklerin tespit edilmesinde aşağıdaki unsurları dikkate alırlar (WHO, 2012, ss. 21-24).

- **Ortogonalite:** Özelliklerin birlikte hareket ettikleri ve özelliklerin bağımsız etkisini tespit etmenin mümkün olmadığı çoklu doğrusal bağlantının tersi olarak tanımlanmaktadır. Özellik seviyeleri istatistiksel olarak birbirinden bağımsız olmalı veya aralarında mümkün olan en düşük düzeyde ilişki bulunmalıdır.
- **Seviye dengesi:** Özellik seviyelerinin, tüm seviyelerin eşit seçilme olasılığına sahip olmalarını sağlayacak şekilde eşit sıklıklarla ortaya çıkmaları anlamına gelmektedir. Her bir özellik seviyesi seçim setleri arasında aşağı yukarı eşdeğer sıklıkta yer almalıdır.
- **Minimum çakışma:** Bir seçenek setinde birlikte yer alan iki iş senaryosu nadiren aynı özellik seviyelerine sahip olmalıdır.

İstatistiksel olarak etkin tasarımlar kullanıldığında, ortogonalite kriterlerinden ödün verilmesi gerekebilir. Ancak modelin tahmin edilmesi için, mükemmel olmasa da belirli bir düzeyde ortogonalite sağlanmalıdır. İstatistiksel etkinlik, D-efficiency açısından

tanımlanmış olup ortak kovaryans matrisinin belirleyici faktörünün en aza indirilmesi olarak yorumlanabilir. Bu, tahmin edilen standart hataların en aza indirilmesi suretiyle parametre tahminleri etrafında asgari değişim olmasını sağlar. Bu tür tasarımların oluşturulması için SAS yazılımı kullanılabilir (Kuhfeld, 2013). D-efficiency tasarımlar oluşturmak üzere ayrıca Ngene programı (<http://www.choice-metrics.com/>) geliştirilmiştir. Ngene, araştırmacının, tasarımı, bir taraftan etkinliği optimize ederken diğer taraftan ortogonaliteyi korumaya zorlamasına olanak tanımaktadır (WHO, 2012, s.24).

Araştırmacı seçmiş olduğu bir programla oluşturduğu seçenek setlerini katılımcılara sorarken farklı yaklaşım türleri kullanabilir. Örneğin, “Bu işi kabul eder miydiniz?” sorusu gibi “Evet” veya “Hayır” yanıtlarını alabileceği seçimli bir soru yöneltebilir. Araştırmacı alternatiflere herhangi birini seçmeme opsiyonu ekleyebilir, etiketli veya etiketsiz yöntem kullanmayı tercih edebilir (WHO, 2012, s. 22).

Deneysel Tasarıma İlişkin Güçlükler ve Endişeler

Deneysel tasarım yöntemlerine ilişkin en önemli güçlük üretilen seçeneklerin gerçekçi olmaması ihtimalidir. Kimi zaman araştırmacılar tasarımın etkinliğini en üst düzeye çıkarmayı amaçlarken sunulan iş seçeneklerinin gerçekçiliğini dikkate almazlar. Sunulan seçenekler katılımcılara/sağlık çalışanlarına gerçekçi görünmüyorsa (bu nedenle katılımcı etkinliği eksikse), istatistiksel olarak son derece etkin bir tasarıma sahip olunmasının bir anlamı olmayacaktır. Bu sebeple araştırmacının çalışma koşullarını veya işe ait özellikleri ve alt seviyelerini belirlerken iyi bir literatür taraması yapması, kalitatif yöntemlere baş vurarak hedef grup için en önemli özellikleri belirlemesi çok önemlidir. İkinci olarak deneysel tasarımın geliştirilmesinde ortogonalite, seviye dengesi ve asgari çakışma ilkelerine dikkat edilmelidir. Bunun için çeşitli istatistik programlarından faydalanılabilir. Son olarak yanıt verenlerin simüle edilmesi için bir ön veya pilot çalışma uygulanmalıdır (Jaskiewicz ve diğerleri, 2012, ss. 18-25; WHO, 2012, ss. 24-25).

Deneysel tasarım yöntemlerinin kullanılmasında diğer bir zorluk soru setlerinin sayısıdır. Seçenek sayısı katılımcıların yorulmadan, sıkılmadan ya da motivasyonlarını kaybetmeden yanıtlayabilecekleri sayıda olmalıdır. Johnson ve diğerleri (2019) KSY ile yürütülmüş 55 çalışmayı inceleyerek kullanılan soru seti sayılarının 5-24 arasında değişkenlik gösterdiğini bildirmişlerdir. Sağlık alanındaki KSY ile yürütülmüş çalışmalarda katılımcılara sunulan seçenek setlerinin sayısı 12-24 arasında olduğu görülmektedir (WHO, 2012, s. 27). Pilot çalışmada uygulanabilir sayıda soru setinin düzenlenmesine dikkat edilmelidir. Bir katılımcıya sunulacak seçenek sayısının azaltılması amacıyla *bloklama yöntemi* kullanılabilir. Bu yöntemde oluşturulan soru seti sayısının çok fazla olması halinde tasarımı daha küçük gruplara bölerek bloklara ayırmak mümkündür. Örneğin 32 seçenek içeren bir deneysel tasarım 16 seçenekten oluşan iki gruba bölünerek bloklara ayrılabilir. SAS ve Ngene gibi programlar bloklama işlemini gerçekleştirebilmektedir (Kolstad, 2011; Jaskiewicz ve diğerleri, 2012, s. 148). Oluşturulan bloklara ait soru formları katılımcılara rastgele dağıtılır.

Soru setlerinin oluşturulması sırasında sunulan alternatiflerden herhangi birine katılmama alternatifinin dahil edilip edilmemesi konusunun değerlendirilmesi önemlidir. Katılmama alternatifi eklenmediğinde, katılımcılardan onlara sunulan seçeneklerden birini zorunlu olarak seçmeleri istenir. Katılmama alternatifi ise katılımcılara, teklif edilen alternatiflerden hiçbirini seçmeme opsiyonunu tanır. Bir katılmama alternatifi dahil edilmişse, bunun ne anlama geldiği katılımcılara net bir şekilde açıklanmalıdır (WHO, 2012, s. 25). Sağlık çalışanlarına yapılan araştırmalarda, katılmama opsiyonunun kullanılması, mevcut durumda yapmakta oldukları işe devam etmeleri anlamına gelecektir ve bu nedenle bu kişilerin yapmakta oldukları işle ilgili bilgilerin toplanması gerekmektedir (Vujicic ve diğerleri, 2010a). KSY'lerde katılmama alternatifinin dahil edilmesinin bir takım potansiyel dezavantajları bulunmaktadır. Katılımcılar, bu tür bir alternatifi, diğer alternatifler arasında en yüksek faydayı sağladığı için değil, zor bir karar vermekten kaçınmak için seçebilmektedirler. Ayrıca, katılımcılara bir katılmama opsiyonunun sunulması, katılımcıların varsayıma dayalı alternatifler içindeki özelliklere yönelik göreceli tercihleri hakkında daha az bilgi sağlayacaktır (WHO, 2012, s. 25).

3.3.3. Anketin Geliştirilmesi ve Verilerin Toplanması

Herhangi bir program aracılığıyla deneysel tasarımın geliştirilmesi ardından soru setleri/seçenekler oluşturularak soru formuna son hali verilir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal gibi özelliklere ilişkin alt grup analizleri yapılmak isteniyorsa soru formuna sosyo-demografik değişkenlere ait sorular eklenir. Soru formuna çalışmanın amacı, yanıtlayanın neden seçildiği, anketi kimin yürüttüğü ve sonuçların nasıl kullanılacağı açıkça yazılır. Örneklem boyutu belirlenirken çok büyük veya küçük olmamasına dikkat edilir. Johnson ve diğerleri (2019) KSY ile yürütülmüş 55 çalışmayı inceleyerek örneklem ya da katılımcı sayılarının 14-3003 arasında değişiklik gösterdiğini bildirmişlerdir. Anket uygulaması katılımcılardan kendi kendine doldurmaları (kâğıt veya bilgisayarda) ya da bir sınıf veya bir odada bireysel olarak mülakat yapılarak yürütülebilir. Saha uygulamasından önce katılımcıların, araştırmanın yöntemini, alternatiflerin özelliklerini ve özelliklere ait seviyeleri anlayıp anlamadıklarını ve seçenek sayısının uygunluğunu belirlemek için pilot test yapılmalıdır (WHO, 2012, ss. 30-31; Liu ve diğerleri, 2019; Jaskiewicz ve diğerleri, 2012, s. 151).

3.3.4. Veri girişi

KSY verileri, istatistiksel analiz için belirli bir formata dönüştürülmelidir. Soru setlerinin nasıl sunulduğuna bağlı olarak her bir yanıtlayıcının (ikili seçim, zorunlu seçim veya katılmama opsiyonu dahil çoktan seçmeli gibi) son veri kümesinde birden çok veri satırı olacaktır. Örneğin bir kişiye her biri 2 alternatif içeren 8 adet soru seti sunulduysa, bu kişinin son veri setinde 16 (8x2) veri satırı olacaktır. Bir kişiye, her biri 2 senaryo ve bir katılmama opsiyonu içeren 3 alternatifli 8 soru seti sunulduysa, bu kişinin son veri setinde 24 (8x3) veri satırı olacaktır (WHO, 2012, ss. 33-34).

Araştırmacının, verileri girerken özelliklerin nasıl modelleneceğini tanımlaması gerekecektir. Sürekli özellikler genellikle gerçek değerler girdisi ile sürekli değişkenler olarak modellenir. Tahmin edilen parametreler daha sonra bu sürekli değişkendeki bir birim değişikliğin değeri olarak yorumlanır. Birim, değişkenin nasıl ölçüldüğüne bağlı olacaktır; maaş için bir para birimi, bir zaman değişkeni için zaman birimi (yıl) olacaktır.

Kategorik değişkenler genellikle sıralı veya kukla değişkenler olarak modellenir. Kukla değişkenler için tercihler bazı temel duruma göre modellenmiştir (0 olarak kodlanmıştır). Bu nedenle, tahmin edilen parametrenin yorumlanması, temel durumdan tanımlanmış bir seviyeye bir hareketin marjinal değeridir (Kruk ve diğerleri, 2010).

3.3.5. Analiz ve Yorumlama

KSY verilerinin istatistiksel analizi üç aşamada gerçekleştirilir ve analizlerin sonuçları aşağıdakileri belirlemek için kullanılır (WHO, 2012, ss. 35-36):

- Özelliklerin göreceli olarak önemlerinin değerlendirilmesi
- Özellikler arasındaki ödünleşimlerin belirlenmesi
- Bir işi kabul etme olasılığının hesaplanması

3.3.6.1. Özelliklerin Göreceli Olarak Önemlerinin Değerlendirilmesi

KSY verilerinin istatistiksel analizi rastgele fayda modeline dayanmaktadır. Bu çerçevede, n kişinin j alternatifler arasından kendisi için en yüksek fayda (fayda veya memnuniyet) ile ilişkili olan i alternatifini seçtiği varsayılır. Bu nedenle, n bireyi j yerine i alternatifini seçecektir (WHO, 2012, s. 35):

$$U_{ni} > U_{nj} \quad \forall i \neq j \in$$

U alternatifin fayda değeridir.

Rastgele fayda modeli, belirli bir alternatifle ilişkili fayda (U)'nın iki bileşenden oluştuğunu varsayar. Belirleyici bileşen V_{ni} , gözlemlenen m alternatif özelliklerinin (x_1, \dots, x_m) , gözlemlenemeyen alternatif özelliklerinin bir fonksiyonu olan rastgele bileşen \mathcal{E}_{ni} 'nin ve isteklerdeki bireysel farklılıkların bir fonksiyonudur. Bireyin (n), alternatif (i) ile ilişkili faydası (U) şu şekilde belirtilebilir (WHO, 2012, s. 35):

Denklem 1
$$U_n = V_n + \varepsilon_n = \alpha_1 + \beta_1 x_{1n} + \beta_2 x_{2n} + \dots + \beta_m x_{mn} + \varepsilon_n$$

β değerleri, her bir özellik seviyesi için tercihin gücüne ilişkin niceliksel bilgi, ödünleşimler, parasal değerler ve bir işin kabul edilme olasılıklarının tahmini için kantitatif bilgi sağlarlar (WHO, 2012, s. 35).

Herhangi bir alternatifin faydası doğrudan gözlemlenemez ve bu nedenle denklem (1)'deki katsayılar doğrudan tahmin edilemez. KSY verileri bu nedenle olasılıksal bir çerçeve içinde modellenir. Yani, birey n 'ye bir çift alternatif sunulduğunda, j alternatifi yerine i 'yi seçme olasılığı (P) şu şekilde tahmin edilebilir (WHO, 2012, s. 35):

$$P_{ni} = \Pr (U_{ni} > U_{nj}) \quad \forall i \neq j \in$$

Denklem (1) ile birlikte bu hale gelir:

Denklem 2
$$P_n = \Pr (\varepsilon_{ni} - \varepsilon_{nj} > V_n)$$

Denklem (2)'yi tahmin etmek için, hata teriminin (ε_{ni}) dağılımı hakkında bir varsayım yapılmalıdır. Probit yaklaşım normal dağılım olarak (Chomitz ve diğerleri 1998; Hanson ve Jack 2010; Mangham ve Hanson 2008), logit model ise lojistik dağılım olarak varsayar (Kolstad 2011). Logit yaklaşımının esnekliğinden dolayı KSY literatüründe daha çok tercih edildiği gözlenmektedir (de Bekker-Grob ve ark. 2012).

Logit model kullanılarak alternatiflerin seçilme olasılığı bu şekilde tanımlanır:

Denklem 3
$$P_i = \frac{\exp(V_i)}{\sum_{j=1}^N \exp(V_j)}$$

Stata, SAS, Limdep/nlogit ve Sawtooth gibi istatistik programları ile bu tür modellere ilişkin tahmin yapmak mümkündür. Matlab ve R programları ile de araştırmacının kendi

kodlaması ile mümkün olabilmektedir. Logit (veya probit) modelden (denklem 1) üretilen katsayılar (β) iki ana amaç için kullanılabilir (WHO, 2012, 36):

- Özelliklerin önemli olup olmadığını (istatistiksel olarak anlamlı, β 'nin anlamlılık düzeyiyle gösterildiği gibi), önemin yönünü (tahmini β işaretiyle gösterilir) ve göreceli önemlerini (tahmini parametrenin boyutu) belirlemek,
- Katsayı işaretlerinin yönü aynı zamanda KSY modelinin teorik/iç geçerliliğini de kontrol eder. Yani katsayıların ekonomik teori veya önceden beklendiği gibi hareket edip etmemesi iç geçerliliği kontrol için kullanılabilir.

Rastgele terimlerin dağılımı ile ilgili farklı varsayımlardan farklı kesikli seçim modelleri elde edilmektedir (Hole, 2007). Bunlardan biri olan koşullu logit model (Conditional logit model) kesikli seçim verilerinin analizi için yaygın olarak kullanılan bir işgücü modelidir. Bir alternatifin uygulanmasının veya kaldırılmasının, diğer alternatiflerin her birine atanan olasılık oranı üzerinde hiçbir etkisi olmadığını varsayar (McFadden, 1999). Ancak, katılımcılar arasındaki tercih (gözlenebilir olmadığı sürece) heterojenliğini açıklayamamak ve gerçekçi olmayan tahminlere yol açabilmek gibi bazı sınırlılıkları bulunur. Bu sınırlılıklar çeşitli disiplinlerdeki araştırmacıları daha esnek alternatif modeller düşünmeye itmiştir (Hole, 2007).

Diğer bir model olan karma logit (Mixlogit- MXL) model, tercihlerin gözlemlenmemiş heterojenliğine izin vermek için geliştirilmiştir. Mix (karmaşık) logit model, modeldeki bir veya daha fazla parametrenin rastgele dağıtılmasına izin vererek standart koşullu logit modeli genişletir (Hole, 2007). MXL model katılımcılar arasındaki tercihlerin heterojenliğine izin verir ve ilgisiz alternatiflerin bağımsızlığı varsayımına olanak tanır (katılımcıların karar verirken diğer mümkün olabilecek alternatiflerden bağımsız düşünerek sunulan iki alternatif senaryodan birini seçtikleri varsayılır) (Blaauw ve diğerleri, 2010; de Bekker-Grob, 2009, ss. 29-31; Kruk ve diğerleri, 2010; Vujicic ve diğerleri, 2010b). Ayrıca, mixlogit modelin aynı kişi tarafından tekrarlanan tercihlerin

modellenmesinde diğ er lojistik modellere göre daha iyi model uyumu sağladığı belirtilmektedir (Kjær ve Gyrd-Hansen, 2008; Kruk ve diğ erleri, 2010).

MXL modelini benimserken, seçilen parametrelerin (veya alternatiflere ait özelliklerin) tanımlanan istatistiksel dağılımlara göre değ iş mesine izin verilir. Böylelikle örneklemeindeki tercih heterojenliğ i, katsayılar sabit değ il rastgele olarak ele alınarak modele dahil edilmiştir (Kruk ve ark. 2010; Blaauw vd. 2010; Rockers vd., 2012). Ekonometrik çerçevede katsayılar için bir dizi parametrik dağılım bulursa da (de Bekker-Grob, 2009, s. 32), literatürdeki çalışmalar normal dağılımı varsayma eğ ilimindedir (Kruk ve diğ erleri 2010; Blaauw ve diğ erleri 2010; Vujicic ve diğ erleri, 2010b).

Sonuç olarak hangi model kullanılırsa kullanılsın, bir logit model yoluyla elde edilen katsayılar yoluyla, ilk olarak bir alternatiflere ait özelliklerin önemli (istatistiksel olarak anlamlı) olup olmadıkları, önemin yönü (tahmin edilen parametrenin iş areti) ve görelî önemi (tahmin edilen parametrenin büyüklüğü) hakkında bilgi elde edilebilir (Blaauw ve diğ erleri, 2010; de Bekker-Grob, 2009, s. 11; Kruk ve diğ erleri, 2010; Vujicic ve diğ erleri, 2010b; WHO, 2012, ss. 36-37). Örneğ in bir iş i cezbedici kılan ücret, kurumun altyapısı, lojman, eğitim ve kariyer fırsatları gibi pek çok finansal veya finansal olmayan özellik bulunmaktadır. Bu özellikler sağ lık çalışanlarının bir bölgede veya kurumda çalışmayı tercih etmelerinde rol oynar. Ancak, literatürde bu özelliklerin hangisinin daha önemli olduğu konusunda kanıtlar azdır. KSY ile bu özelliklere ait önem düzeyi matematiksel olarak ortaya konulabilir (WHO, 2012, s. 12).

Yukarıdaki bilgiler son derece yararlı olmasına karş ın, KSY'lerin asıl değ eri, katılımcıların özellikler arasında yapmaya istekli oldukları ödünleşmelerin ve tanımlanmış alternatiflerin veya iş profillerinin kabul edilmesi olasılığ ının incelenmesinde görülmektedir. Politika yapımında kullanılacak olan bu tür bilgileri ayrıntılı olarak ne odak grup görüşmelerinden ne de güncel araştırmalardan elde etmek mümkün değ ildir (WHO, 2012 s.12).

3.3.6.2. Özellikler Arasındaki Ödünleşimler

Türkçe’de ödünleşim, takas ve değiş tokuş gibi sözcüklere karşılık gelen “trade-off”, belirli bir kazanım karşılığında, bir seçim seti veya tasarımının; bir niteliğini, miktarını veya özelliğini azaltmayı ya da tamamen kaybetmeyi içeren durumsal bir karardır. Ödünleşim kavramı, her bir seçim tasarımının avantaj ve dezavantajlarının tam olarak anlaşılmasıyla yapılan taktiksel veya stratejik bir seçimi önerir. Fizikten ekonomiye kadar birçok alanda ödünleşim durumuyla karşılaşılır. Örneğin, fizikte belirli bir alana belirli miktarda madde sığabilir. Dolu bir kaba başka maddeler koymak için diğer birinden vazgeçmelidir. Ekonomide de tüketiciler belirli bir ürün veya hizmeti tercih ettiklerinde diğerinden vazgeçmiş olurlar (www.wikipedia.org, 2020).

Bir sağlık çalışanının, bir işin diğer özelliklerine ilişkin iyileştirmeler için maaşının ne kadarından vazgeçebileceği, bir başka deyişle, maaşı ile görel olarak bir işin diğer özelliklerine ne kadar değer verdiği ödünleşim anlamına gelir. Sağlık çalışanları (sınırlı kaynaklar nedeniyle) kendileri için önemli olan tüm çalışma koşulu özelliklerinin en iyi seviyelerine nadiren sahip olabilirler. KSY’ler varsayımsal senaryolarla tüm iş özelliklerinin en iyi seviyelerinin sağlık çalışanları nezdindeki değerini sayısal olarak ifade ederek ödünleşmelerle ilgili politika yapıcılara yararlı bilgiler sağlarlar (WHO, 2012, s. 12). Özellikler arasında ödünleşimler, ödeme istekliliği hesaplamaları ile tahmin edilebilir (Vujicic ve diğerleri, 2010b).

Ödeme İstekliliği (Willingness to Pay-WTP)

Ödeme istekliliği “Belirli bir miktarda metaya müşterilerin ödemek istediği maksimum fiyat” olarak tanımlanmaktadır (Wertenbroch ve Skiera, 2002). Ödeme istekliliği her ne kadar en üst fiyat ile ilişkili (Canarlan, 2017) olsa da bir yaklaşıma göre de duruma/koşullara duyarlı bir yapıdır. Yani bir kişinin ortalama standartlardaki bir kafede çaya ödeyeceği en üst fiyat ile lüks bir restoranda ödeyeceği fiyat değişkenlik gösterebilir. Bu sebeple kişinin mali kapasitesinin ötesinde birçok faktöre bağlıdır. Tüketicilerden elde edilen bilgilerle fiyatların maksimum ciroya, pazar değerine ve kâr düzeylerine göre ayarlanabilmesine olanak tanır (Bhasin, 2019).

KSY çalışmalarında özellikler arasındaki ödünleşimleri tahmin etmek için, yaygın olarak ödeme istekliliği yaklaşımı kullanılmaktadır. KSY bağlamında ödeme istekliliği, belirli bir iş özelliğinin daha yüksek bir düzeyine ulaşmak için bireylerin her ay vazgeçmeye razı oldukları toplam ücret miktarıdır. Başka bir deyişle, katılımcıların farklı iş özelliklerine verdikleri parasal değerdir. Literatürde yaygın olarak kullanılan bir çıktıdır. Regresyon analizi sonucu elde edilen Beta katsayı tahminlerinden türetilmektedir. Her bir özelliğe ait beta katsayılarının maaş katsayısına bölünmesi yoluyla elde edilir. Ödeme istekliliği hesaplamalarının yapılabilmesi için “ücret” özelliği veri setine sürekli bir değişken olarak girilmelidir (Kolstad, 2011; Vujicic ve diğerleri, 2010b; WHO, 2012, s. 59).

Beta katsayılarının pozitif veya negatif olması, ödeme istekliliği işaretlerini ve dolayısıyla sonuçların yorumlanması da değiştirir. Pozitif işaretler bir özellik seviyesine sahip olmak için katılımcıların aylık gelirlerinden ne kadar ödemeye/fedakârlık yapmaya istekli olacaklarını gösterirken (Kolstad, 2011), negatif işaret ise, bu özelliğe katlanabilmek için kabul etmeye istekli olacağı minimum miktarı (Willingness to Accept- WTA) gösterir (Scott, 2001). Kısacası istenmeyen bir özelliğin ona sunulması durumunda fazladan ödenmesini istediği ücreti ifade eder.

3.3.6.3. Bir İşi Kabul Etme Olasılığı

Kesikli seçim modelleri, bir bireyin bir dizi alternatif arasından bir seçeneği seçme olasılığını belirtir. KSY’ler aynı zamanda, kişilerin, belirlenmiş özelliklere sahip bir işi kabul etme olasılığının tahmin edilmesine de olanak tanımaktadır. KSY’ler iş koşullarının çeşitli kombinasyonlarını içeren teşvik paketlerinin hazırlanabilmesine olanak tanıdığı ve sağlık çalışanlarının bu paketleri ne oranda kabul edebilecekleri konusunda bilgi sağladığı için politika yapıcıların veya karar vericilerin kanıta dayalı kararlar alabilmesini sağlarlar (Jaskiewicz ve diğerleri, 2012, ss. 179-183). KSY’nin en önemli avantajı gerçekte var olmayan ancak iş tercihlerini etkileyebilecek iş özellikleri (örneğin maaş seviyeleri veya kariyer fırsatları vb.) ile oluşturulan teşvik paketlerinin kabul edilebilme oranlarıyla ilgili tahminler yapan simülasyon çalışmalarına olanak tanınmasıdır (Chomitz ve diğerleri, 1999; Lagarde ve Blaauw, 2009).

Bireylerin belirli özelliklere sahip bir alternatifi yani kendilerine sunulan bir işi kabul etme olasılığı yukarıdaki denklem 3 kullanılarak tahmin edilebilir. Bu tahminler, alternatif iş özellikleri, yani sunulan alternatif işlere ait seviyelerin, sağlık çalışanı kararları üzerindeki öngörülen etkisini gösterdiği için politika yapıcılar için çok yararlıdır (WHO, 2012, s. 36)

4. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın amacı ve önemi, evren ve örneklem, araştırmanın yöntemi, araştırmada kullanılan veri toplama aracı, verilerinin analizi ve araştırmanın sınırlılıkları açıklanmaktadır.

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bireylerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini pek çok faktör etkilemektedir. Uluslararası literatürde sağlık profesyonellerinin iş ve çalışma koşulları tercihlerine ilişkin KSY ile yürütülmüş çeşitli çalışmalar yer almaktadır. Ancak Türkiye’de yapılmış, ulusal ihtiyaçlar ve Türkiye koşullarını yansıtan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürde sağlık çalışanlarının farklı bölgelerdeki işi kabul etmelerinde etkili olacak müdahalelerin ancak farklı politika ve teşvik paketlerinin birleştirilmesi, bu müdahalelerin sağlık çalışanlarının tercih ve beklentileriyle uyumlu olması (Araujo ve Maeda, 2013), farklı ülkelerin, tamamen farklı insan kaynakları politikası kombinasyonlarını uygulamaları gerektiği ve bu nedenle herhangi bir bağlamda uygulanabilecek standart stratejilerin gerçekçi olmayacağı (Blaauw ve diğerleri, 2010) vurgulanmaktadır.

Bu bilgiler ışığında yürütülen bu çalışmanın amacı; kamuda çalışan hekim ve hemşirelerin kırsal ve kentsel bölgede çalışma durumunu göz önünde bulundurarak; ücret, iş yükü, lojman imkânı, mezuniyet sonrası eğitim fırsatı, işyeri altyapısının yeterliliği, kariyer fırsatı ve kreş gibi çeşitli çalışma koşulları arasındaki tercihlerini incelemektir. Çalışmanın alt amaçları ise;

- Çalışma koşulu özelliklerinden hangisinin en önemli olduğu ve bir özelliğin diğeri ile karşılaştırıldığında ne kadar önem taşıdığını belirlemek,
- Bir sağlık çalışanının, bir çalışma koşulu özelliğine ilişkin iyileştirmeler için maaşının ne kadarından vazgeçebileceği, bir başka deyişle, sağlık çalışanlarının,

maaşları ile görelî olarak çalışma koşullarının özelliklerine ne kadar değer verdiklerini bularak tercihler arasındaki ödünleşimleri ortaya koymak, ve

- Katılımcıların kendilerine sunulan belirlenmiş çalışma koşulu özelliklerine veya teşvik paketlerine ait bir işi kabul etme olasılıklarını hesaplayarak politika yapıcılar için teşvik paketi önerileri sunmaktır.

Bu çalışma, kırsal ya da daha az tercih edilen bölgelerde çalışmak için sağlık personeline yönelik daha çekici teşviklerin neler olabileceği konusunda kantitatif bilgiler sunmaktadır.

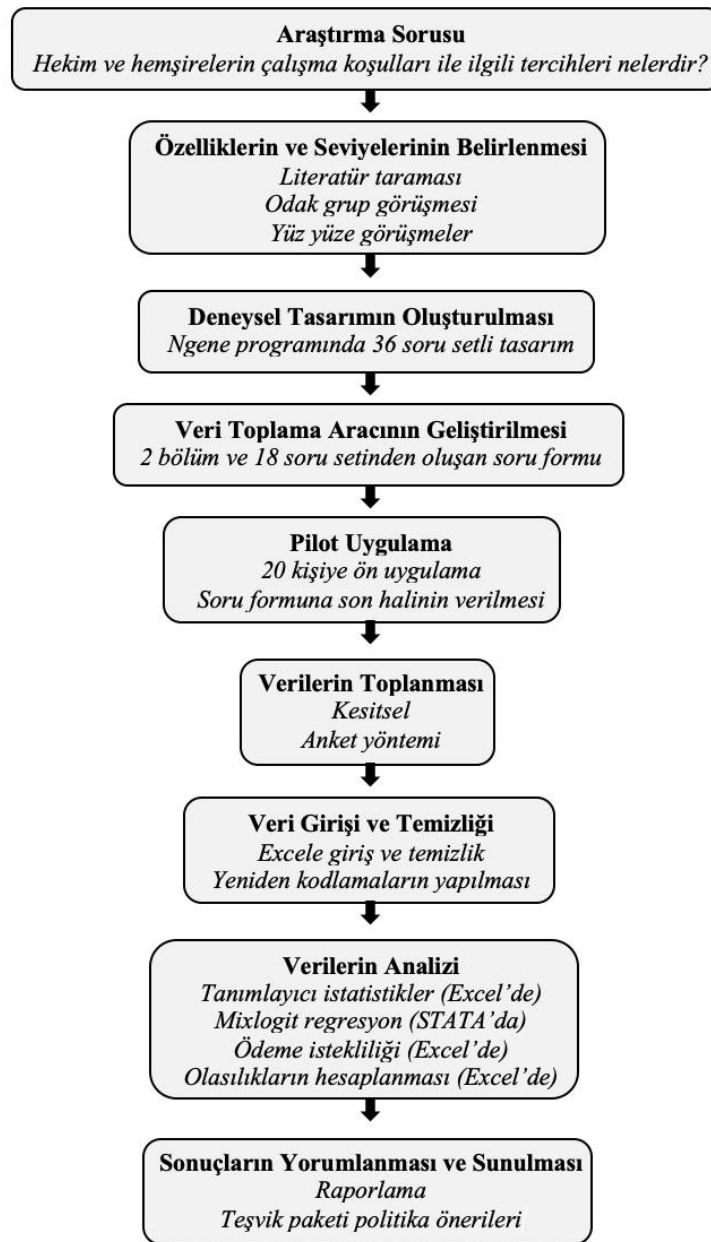
4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Verilerin toplanması amacıyla yapılan saha uygulaması kamuda iki farklı devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Kırsal ve kentsel bölge arasındaki farklılıkları görebilme açısından SB'nin bölge hizmet gruplandırmasına (Ek 1) göre 1. ve 6. bölge illerden rastgele birer hastane seçilerek sınırlandırılmıştır. 2017 yılında hekim ve hemşire yoğunluğuna ek olarak sosyo-demografik açıdan en iyi durumda olan 1. bölgede 8 ve 6. bölgede 17 il yer almaktaydı. Bu iki bölgeden rastgele Ağrı ve Ankara seçilmiştir. Ağrı'da tek büyük hastane olan SB Ağrı Devlet Hastanesi araştırma için seçildi. Ankara'da ise yatak büyüklüğü ve kurum türü olarak en yakın hastane olarak SB Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi belirlenmiştir. Bu nedenle araştırmanın saha uygulamaları bu iki hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırma için örneklem seçilmeden aktif çalışan tüm hekim ve hemşirelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Soru formunun hazırlanması için yürütülen kalitatif araştırma ve pilot çalışma ise Ankara'daki SB Ulus Devlet Hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

4.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE UYGULAMA

Araştırmanın yürütülmesinde, kantitatif bir teknik olan kesikli seçim yöntemi kullanılmıştır. Ankete dayalı ve kesitsel olarak uygulanan çalışma aşağıdaki aşamalardan oluşmuştur:

- Değişkenlerin belirlenmesi
- Senaryoların/ deneysel tasarımın oluşturulması
- Çoklu regresyon teknikleri ile verilerin analizi
- Ödeme istekliliğinin hesaplanması
- Belirlenmiş iş özellikleri paketlerinin kabul edilebilirlik olasılıklarının hesaplanması



Şekil 15. Araştırmanın Basamakları

4.3.1. Değişkenlerin Belirlenmesi

KSY literatüründe özelliklerin ve özelliklerin seviyelerinin türetilmesinde nitel çalışmalara başvurulur (Coast ve Horrocks, 2007; de Bekker-Grob, 2009, ss. 34-36; Rao ve diğerleri, 2013). KSY ile yürütülen çalışmalarda konuyla ilişkili özelliklerin ve özelliklere ait seviyelerin belirlenmesinde literatür taramasına ek olarak odak grup görüşmeleri ve derinlemesine yüz yüze görüşmeler kullanılmaktadır (Kolstad, 2011; Kruk ve diğerleri, 2010; Mangham ve Hanson, 2008; Rockers ve diğerleri, 2012).

Bu bilgiler ışığında araştırma kapsamına alınan değişkenlerin yani hekim ve hemşirelerin iş ve çalışma koşulu tercihlerini etkileyen en önemli özelliklerin belirlenmesi amacıyla nitel çalışmalar yapılmıştır. İlk olarak odak grup görüşmesi ve derinlemesine görüşmelerde kullanılmak üzere ulusal ve uluslararası düzeyde bir literatür taraması yapılarak yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek 2) hazırlanmıştır. Odak grup görüşmesi ve derinlemesine görüşmeler Ulus Devlet Hastanesinde Aralık 2016-Ocak 2017 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

Odak grup görüşmesi farklı özelliklere sahip 8 hemşire ile 1 saat 30 dakikada gerçekleştirilmiştir. Gönüllülük esasına dayalı olarak yapılan görüşmede yaş, görev yeri, medeni durum ve kırsal bölge deneyimi açısından farklı kişiler seçilerek heterojen bir grup oluşturulmuştur. Katılımcıların izinleri alınarak görüşmede ses kaydı yapılmıştır. Daha sonra deşifresi yapılan odak grup görüşmesinde, hemşirelerin çalışma koşulu ve kırsal bölgede çalışma tercihlerini en çok etkileyen, en çok tekrar edilen ve üzerinde durulan en önemli değişkenler tematik ve kodlama yöntemi ile analiz edilerek belirlenmiştir.

Hemşireler için en önemli çalışma koşulu özellikleri:

1. Sırada: Ücret
2. Sırada: Bölge, İşyükü
3. Sırada: Altyapı, Eğitim
4. Sırada: Kreş

5. Sırada: Kariyer

6. Sırada: Lojman

Araştırmada kullanılmak üzere hekimler için en önemli çalışma koşulu özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yürütülecek odak grup görüşmesi ile ilgili olarak hastane yönetimi ve birkaç hekim ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Ancak yapılan görüşmeler sonucu, hastanenin çalışma koşulları ve hekimlerin müsaitlik durumları göz önünde bulundurularak odak grup görüşmesi yerine derinlemesine yüz yüze görüşmeler yapılmasına karar verilmiştir. Bu bağlamda yaş, görev yeri, medeni durum ve kırsal bölge deneyimi açısından farklı 6 hekim ile derinlemesine yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek 2) kullanılmıştır. Görüşmelerde dört hekim ses kaydı alınmasına izin vermiş, iki görüşme sırasında ise notlar alınmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler hekimlerin çalışma koşulu ve kırsal bölgede çalışma tercihlerini en çok etkileyen, en çok tekrar edilen ve üzerinde durulan en önemli değişkenler tematik ve kodlama yöntemiyle analiz edilerek belirlenmiştir.

Hekimler için en önemli çalışma koşulu özellikleri:

1. Sırada: Ücret
2. Sırada: Eğitim fırsatı
3. Sırada: Altyapı
4. Sırada: Bölge
5. Sırada: Kariyer fırsatı
6. Sırada: İşyükü
7. Sırada: Lojman
8. Sırada: Kreş

Yapılan literatür taraması, odak grup görüşmesi ve derinlemesine yüz yüze görüşmeler sonucu KSY'ye dayalı olarak gerçekleştirilecek araştırmada senaryoların hazırlanmasında kullanılacak çalışma koşulu özellikleri ve alt seviyeleri Tablo 1'de sunulmuştur. Maaş (3 seviye), kreş (2 seviye), altyapı (2 seviye), eğitim fırsatı (2 seviye),

lojman (2 seviye), iş yükü (2 seviye) ve kariyer fırsatı (2 seviye) olmak üzere yedi değişken belirlenmiştir (Tablo 5). Bölge özelliği etiket olarak araştırmaya dâhil edilmiştir. Politika etkisine uygun olmayan özellikler (örneğin iyi çalışma ilişkileri, yöneticilerin özellikleri, kurum kültürü, bölge güvenliği vb.) dâhil edilmemiştir (Scott, 2001).

Tablo 5. Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulu Özellikleri ve Alt Seviyeleri

Çalışma Koşulları	Seviyeler	
	Hekimler için	Hemşireler için
1. Maaş	1. 6.000-10.999 TL	1. 3000-4.499 TL
	2. 11.000-15.999 TL	2. 4.500-5.999 TL
	3. 16.000-21.000 TL	3. 6.000-7500 TL
2. Kreş	1. Var	1. Var
	2. Yok	2. Yok
3. Altyapı	1. Yeterli	1. Yeterli
	2. Yetersiz	2. Yetersiz
4. Eğitim fırsatı	1. Var	1. Var
	2. Yok	2. Yok
5. Lojman	1. Var	1. Var
	2. Yok	2. Yok
6. İşyükü	1. 40 saatten fazla	1. 40 saatten fazla
	2. Haftalık 40 saat	2. Haftalık 40 saat
7. Kariyer fırsatı	1. Var	1. Var
	2. Yok	2. Yok

Kırsal veya merkezde çalışmayı ifade eden Bölge (1. ve 6. Bölge) değişkeni senaryolara etiket olarak eklenmiştir (Şekil 16). Hekim ve hemşireler için 7 ortak değişken belirlenmiştir. Ancak hekim ve hemşirelerin maaşlarının alt seviyeleri ile eğitim fırsatı değişkeninin açıklamaları farklılık göstermektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Eğitim Fırsatı Özelliğinin Seviyelerine Ait Açıklamalar

Eğitim Fırsatı	Hekim	Hemşire
Var	Almak isteyebileceğiniz uzmanlık, yan dal uzmanlık veya doktora vb. eğitimler için fırsat var.	Almak isteyebileceğiniz lisans, yüksek lisans veya diğer eğitimler için fırsat var.
Yok	Fırsat yok	Fırsat yok

4.3.2. Senaryoların Üretilmesi

Araştırma kapsamında 7 değişken ve bunların alt seviyeleri ile birlikte full faktöriyel tasarım ile $n(n-1)/2$ formülüne göre toplam;

$$n=2^6 \times 3^1 = 192 \quad 192 \times (192-1) / 2 = 18.336$$

192 senaryo/alternatif ve **18.336** benzersiz hipotetik seçim seti oluşturulabilir.

Ancak bu kadar senaryo kişilere sormak için uygulanabilir değildir. Bu sebeple bir kişiye makul sayıda senaryo sunulabilmesi için deneysel tasarıma başvurulmuştur. Literatürde KSY çalışmalarında kullanılan soru seti sayıları 5-24 arasında değişkenlik göstermektedir (Johnson ve diğerleri, 2019). Bu sebeple çalışmadaki özellik sayıları da göz önünde bulundurularak 18 soru seti hazırlanmasına karar verilmiştir. Böylece 3 seviyeli maaş özelliğinin her bir alt seviyesine deneysel tasarımda eşit şans verilmiştir.

Deneysel tasarım Ngen DCE programında D-efficiency tasarım kullanılarak yapılmıştır. Bu yöntem mutlak ortogonalitenin sağlanamadığı durumlarda en etkin tasarımı yaparak, seviye dengesini (özellik seviyelerinin aynı sıklıkta görülmesi) ve minimum çakışmayı (özelliklerin bir seçim kümesi içinde aynı seviyeyi almaması) hesaba katar (Vujicic ve diğerleri, 2010b; WHO, 2012, s. 24). Tasarım oluşturulmasında ayrıca block yöntemi kullanılarak 36 senaryo rastgele şekilde iki gruba ayrılmıştır. Böylece her bir katılımcıya 18 senaryo çifti sorulmuştur. Uygulama sırasında da gruplar katılımcılara rastgele

dağıtılmıştır. Ngene programında aşağıdaki komut kullanılarak deneysel tasarım oluşturulmuştur.

Ngene programında deneysel tasarımın oluşturulduğu komut:

```

design
;alts=AltA, AltB
;eff= (mnl, d)
;rows=36
;block=2
;model:
U(AltA)= b0 + b1 *Kres [1,2]
          + b2 *Altyapi [1,2]
          + b3 *egitim [1,2]
          + b4 *lojman [1,2]
          + b5 *isyuku [1,2]
          + b6 *ucret [1,2,3]
          + b7 *kariyer [1,2]
/
U(AltB)=  b1 *Kres
          + b2 *Altyapi
          + b3 *egitim
          + b4 *lojman
          + b5 *isyuku
          + b6 *ucret
          + b7 *kariyer
$

```

Ngene - [Design - Evaluation 1, Untitled design 1.ngd]

File Edit Run Tools Window Help

New Syntax Open Add Save Open Most Recent Project Syntax Data Pause Stop Cut Copy Paste Undo Redo

Properties Syntax Formatted scenarios

Property Show

- Design
- Design properties, MNL
- OOD

Design	alta.kres	alta.altyapi	alta.egitim	alta.lojman	alta.isyuku	alta.ucret	alta.kariyer	altb.kres	altb.altyapi	altb.egitim	altb.lojman	altb.isyuku	altb.ucret	altb.kariyer	Block
1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
2	1	1	2	1	1	3	2	1	1	1	2	1	3	2	1
3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1
4	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2
5	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	3	1	2
6	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2
7	1	1	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	2	1
8	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1
9	1	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	1	3	1	2
10	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1
11	2	2	2	1	2	3	2	2	2	1	1	2	1	2	2
12	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2
13	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1
14	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2
15	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	2	2
16	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2
17	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1
18	2	1	1	2	2	3	1	2	2	1	2	1	1	1	1
19	2	1	1	2	2	3	1	1	2	1	1	2	1	2	2
20	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	1	1
21	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	3	1	1
22	1	2	2	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2
23	1	1	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	1	2	2
24	2	2	2	1	2	3	2	1	2	2	1	1	3	2	1
25	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
26	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1
27	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
28	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2
29	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	1
30	1	2	2	2	1	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1
31	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2
32	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1
33	2	2	2	1	1	3	2	1	2	2	2	1	3	1	2
34	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	3	1	2
35	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1
36	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2

Şekil 16. Ngene Programı ile Oluşturulan Deneysel Tasarım

4.3.3. Soru Formlarının Oluşturulması

Yapılan literatür taraması, odak grup görüşmesi, derinlemesine yüz yüze görüşmeler ve uzman görüşmeleri (güncel maaşlar vb. konularda) ışığında hazırlanan soru formları hekimler ve hemşireler için ayrı ayrı oluşturulmuştur. Her iki meslek grubu için A ve B grubu olmak üzere (block tekniği ile) iki çeşit soru formu bulunmaktadır (Ek 3). Gruplarda birinci bölüm, sosyo-demografik soruları içermekte olup meslek grupları için farklı, A ve B soru formlarında ise aynıdır.

Soru formunun ikinci bölümünde 2 senaryodan yani alternatiften oluşan 18 soru seti bulunmaktadır (Şekil 16). Ngene programında Block tekniği kullanılarak geliştirilen 36 soru seti, her bir katılımcıya 18'er adet sorulmuştur. Sonuç olarak katılımcıları yormadan daha fazla alternatif araştırma kapsamına dahil edilerek çalışma koşulu özellikleri sınanmıştır. Literatürde belirtildiği gibi uygulama sırasında her bir soru formu grubunu eşit sayıda hemşire ve hekim cevaplamıştır (Johnson ve diğerleri, 2013). Soru formunda soru setlerine geçmeden önce kullanılan çalışma koşulu özellikleri ve alt seviyeleri tanımlanarak her bir katılımcının senaryolarda bahsedilen özellik ve seviyeler için aynı şeyi anlamaları sağlanmıştır.

1. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Yok
Altyapı	Yeterli	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Yok	Yok
İş yükü	40 saatten fazla	Haftalık 40 saat
Ücret	6.000 – 10.999 TL	11.000 – 15.999 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Var

İşaretleyiniz

2. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Var
Altyapı	Yetersiz	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Var	Yok
İş yükü	Haftalık 40 saat	40 saatten fazla
Ücret	6.000 – 10.999 TL	16.000 – 21.000 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Var

İşaretleyiniz

Şekil 17. Oluşturulan Senaryo ve Soru Setleri Örneği

Soru formunda ayrıca katılımcıların çalışma koşulu özelliklerini önem derecelerine göre sıraladıkları bir soru ve kırsal bölgelerde çalışmalarını etkileyebilecek başka bir özellik olup olmadığının sorulduğu açık uçlu başka bir soru da yer almaktadır.

4.3.4. Gerekli İzinler ve Uygulama

Araştırmanın uygulaması, gerekli kurum izinleri (Ek 4) ve etik kurul izni (Ek 5) alınarak pilot uygulamanın ardından gerçekleştirilmiştir.

4.3.4.1. Pilot Uygulama

Araştırmanın pilot çalışması Ankara Ulus Devlet Hastanesinde 20 kişi (10 hekim ve 10 hemşire) üzerinde Şubat 2018’de yapılmıştır. Soru formunun çalışıp çalışmadığı, cevaplama süresinin kaç dakika sürdüğü, anlaşılabilirliği vb. durumlar değerlendirilmiştir. Pilot uygulama sonucunda sosyo-demografik sorular düzeltilmiş, araştırmada Ankara ve Ağrı (bazı katılımcıların il özelinde sahip olduğu deneyim ve özelliklerin tercih yapmalarında etkili olduğu görülerek) olarak kullanılacak olan etiketler 1. Bölge ve 6. Bölge olarak değiştirilmiş, değişkenlerin alt seviyelerine ait açıklamalar daha anlaşılır şekilde düzeltilmiş ve saha uygulamasının yüz yüze yapılmasının daha etkili olacağına karar verilmiştir.

4.3.4.2. Saha Uygulaması

Araştırmanın saha uygulaması birinci bölgeden SB Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesinde ve altıncı bölgeden SB Ağrı Devlet Hastanesinde Ekim 2018-Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına aktif çalışan tüm hekim ve hemşireler dahil edilmiştir. Ayrıca örneklem hesaplanmamıştır. Araştırma yürütülecek iki hastanede 220 hekim ve 376 hemşire kadrolu bulunmaktadır. Geçici görevli, raporlu, izinli vb. mazeretlerden dolayı aktif çalışmayanlar belirlendikten sonra 165 hekim ve 301 hemşire toplam 466 aktif çalışan olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya ise 126 hekim ve 218 hemşire katılım sağlamıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak yapılan çalışmada ankete katılım oranı %74 olarak bulunmuştur.

İki grup halinde olan soru formları, hastanenin her bir biriminde çalışan hekim ve hemşirelere cinsiyet ve yaş özellikleri göz önünde bulundurularak yarı yarıya dağıtılmıştır. Araştırmanın amacı, değişkenlerin tanımları, araştırma tekniği ve nasıl cevaplanacağı her bir katılımcıya anlatılarak soru formlarını eksiksiz doldurmaları sağlanmıştır. Katılımcılar soru formlarını kendileri doldurmuşlar, anlaşılamayan herhangi bir durum olduğunda araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapılmıştır. Soru formlarının bir katılımcı tarafından doldurulma süresi ortalama 15-20 dk. civarında olmuştur.

Tablo 7. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

	İl	Kadrolu Çalışan	Aktif Olmayan Çalışan	Aktif Çalışan	Erişilemeyen Çalışan	Ankete Katılan	
						Sayı	%
Hekim	Ankara	98	Geçici Görev: 21 Aylıksız izinli: 7 Heyet Raporlu: 1 Doğum izni: 3	66	Yıllık izinli: 2 Raporlu: 1 Ret: 17	48	73
	Ağrı	122	Geçici Görev: 6 Yandal ve uzmanlık eğitimde: 7 Aylıksız izinli: 3 Heyet raporlu: 3 Doğum izni: 2 Açığa alınmış: 2	99	Yıllık izinli: 2 Eğitim izni: 2 İdari izin: 15 Ret: 2	78	79
	Toplam	220	55	165	41	126	76
Hemşire	Ankara	123	Geçici Görev: 22 Aylıksız izinli: 3 Refakat izni: 1 Heyet Raporlu: 1 Doğum izni: 4	92	Yıllık izin: 2 Ret: 22	68	74
	Ağrı	253	Geçici Görev: 34 Refakat izni: 1 Heyet Raporlu: 3 Doğum izni: 5 Askerde: 1	209	Yıllık izinli: 12 Raporlu: 6 Ret: 43	150	72
	Toplam	376	75	301	85	218	72
Toplam		596	130	466	126	344	74

4.3.5. Veri Girişi

Araştırma kapsamında toplanan verilerin girişi, kodlanması ve temizliği Microsoft Excel programında yapılmıştır. Her bir katılımcıya 2 alternatifli 18 soru seti sunulmuştur. Bu sebeple hemşirelere ait nihai veri setinde $218 \times 36 = 7.848$, hekimlere ait veri setinde $126 \times 36 = 4.536$ satır yani gözlem bulunmaktadır.

Veri girişinde tüm değişkenler kategorik olarak girilmiştir. Yaş, ücret, yıl gibi değişkenler kendi içinde gruplandırılarak kategorik hale getirilmiş ve 0, 1, 2, 3... şeklinde sıralı olarak girişleri yapılmıştır (Tablo 8). Tercih değişkeni 0-1 şeklinde kodlanmıştır. Verilerin nasıl kodlandığı yorumlamada ve katsayıların işaretlerinin belirlenmesinde önemlidir. Tahmin edilen parametrenin yorumlanması, temel durumdan tanımlanmış bir seviyeye bir

hareketin marjinal değeridir (Kruk, 2010). Bölge; 1=kentsel, 2=kırsal durumu temsil ettiği için işaretinin negatif (-) olması beklenmektedir. Diğer değişkenlerde ise işaretler pozitif olarak beklenir.

Tablo 8. Özelliklerin Veri Girişi Sırasında Kodlanması

Özellikler/Değişkenler	Seviyeler	Kodu	Açıklama
Bölge	1.Bölge	1	Veri setinde alternatif olarak girilmiş, yorumlamalarda kolaylık olması açısından bulgulardaki tablolarda bölge olarak yeniden kodlanmıştır.
	6.Bölge	2	
Ücret	6.000-10.999 TL	1	Hemşirelere ait veri setinde de benzer şekilde girilmiştir. Ücret değişkeni WTP hesaplamaları için sürekli veri olarak girilmiş ve MXL modeli tekrar oluşturulmuştur.
	11.000-15.999 TL	2	
	16.000-21.000 TL	3	
Kreş	Yok	1	Olmaması durumu 1 olarak kodlanmıştır.
	Var	2	
Altyapı	Yetersiz	1	Yetersiz durum 1 olarak kodlanmıştır.
	Yeterli	2	
Lojman	Yok	1	Olmaması durumu 1 olarak kodlanmıştır.
	Var	2	
Eğitim fırsatı	Yok	1	Olmaması durumu 1 olarak kodlanmıştır.
	Var	2	
İşyükü	40 saatten fazla	1	Fazla iş yükü 1 olarak kodlanmıştır.
	Haftalık 40 saat	2	
Kariyer Fırsatı	Yok	1	Olmaması durumu 1 olarak kodlanmıştır.
	Var	2	

4.3.6. Araştırma Verilerinin Analizi

KSY’de verilerin analizi ekonometrik yöntemlere dayanır (Liu ve diğerleri, 2019). Araştırma verilerinin analizi 3 aşamada gerçekleştirilmiştir.

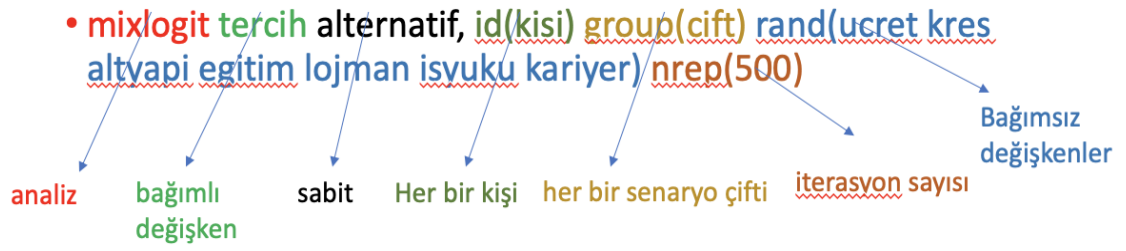
4.3.6.1. Karışık Logit Model (MXL-Mixlogit) Analizi

Yedi çalışma koşulu özelliği ile hazırlanan varsayımsal senaryolar, hekim ve hemşirelere etiketli ikili alternatifler olarak sunulmuştur. Elde edilen tercih verileri, son yıllarda sağlık çalışanlarının tercihlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülen KSY çalışmalarında yaygın olarak tercih edilen mixlogit modeli kullanarak analiz edilmiştir. Çünkü bu yöntem katılımcılar arasındaki tercihlerin heterojenliğine izin verir ve ilgisiz alternatiflerin bağımsızlığı varsayımına olanak tanır (katılımcıların karar verirken diğer mümkün olabilecek alternatiflerden bağımsız düşünerek sunulan iki alternatif senaryodan birini seçtikleri varsayılır) (Blaauw ve diğerleri, 2010; de Bekker-Grob, 2009, ss. 29-189; Kruk ve diğerleri, 2010; Vujicic ve diğerleri, 2010b). Ayrıca mixlogit modelin aynı kişi tarafından tekrarlanan tercihlerin modellenmesinde diğer lojistik modellere göre daha iyi model uyumu sağladığı belirtilmektedir (Kjær ve Gyrd-Hansen, 2008; Kruk ve diğerleri, 2010).

Değişkenleri analiz etmek için Stata 16 istatistik programında aşağıdaki MXL komutu ile 500 Halton iterasyonu (Hole, 2007) kullanarak model oluşturulmuştur. Araştırmanın modeli aşağıdaki gibidir:

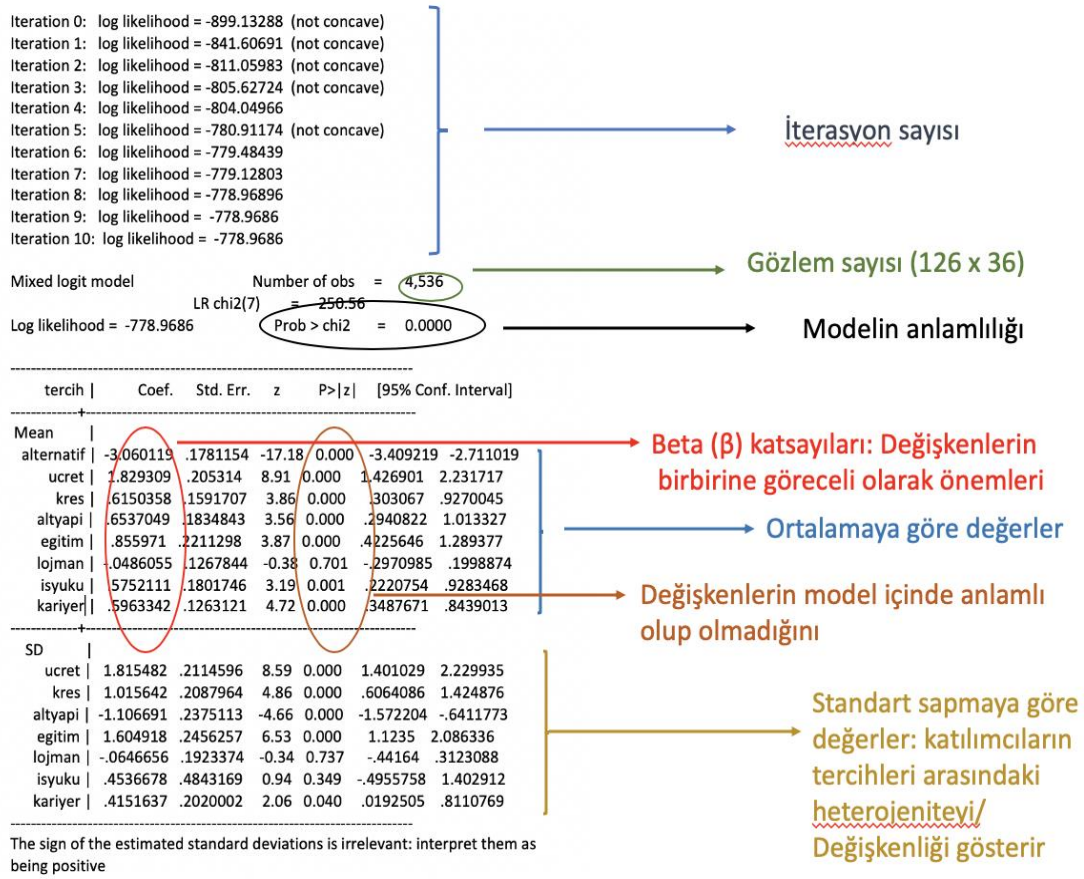
$$U_{nit} = (\beta_1 + \eta_{1n}) \text{ ücret} + (\beta_2 + \eta_{2n}) \text{ kreş_var} + (\beta_3 + \eta_{3n}) \text{ altyapı_yeterli} + (\beta_2 + \eta_{2n}) \text{ eğitim_var} + (\beta_2 + \eta_{2n}) \text{ lojman_var} + (\beta_2 + \eta_{2n}) \text{ iş yükü_normal} + (\beta_2 + \eta_{2n}) \text{ kariyer_var} + \mathcal{E}_{nit}$$

Burada β_i , ortalama olarak her bir değişken seviyesi için görelî tercih ağırlıklarını temsil eden bir katsayı vektörü, η_i katılımcılar arasındaki heterojenlik derecesi ve \mathcal{E}_{nit} gözlemlenemeyen rastgele hata bileşenidir. Bu bilgiler ışığında analizler Stata programında aşağıdaki komut (Jaskiewicz ve diğerleri, 2012, s. 164) kullanılarak yapılmıştır:



Şekil 18. Stata Komutunun Açıklanması

Stata’da komut yazılırken sırasıyla; analiz türü, bağımlı değişken, sabit özellik, kişi, soru grupları, bağımsız değişkenler (modeldeki özellikler) ve iterasyon sayısı yazılır. Modelimiz etiketli bir model olduğu için alternatif (bölge) özelliği modele katılır ve beta katsayıları diğer değişkenler gibi yorumlanır (Hole, 2007). Çünkü bölge kişilerin tercihleri üzerinde etkilidir ve alternatifler arasındaki fayda değerini etkilemektedir. Bu sebeple alternatiflere özel sabit (alternative specific constant- ASC) olarak adlandırılır (Kjær, 2005, s. 56).



Şekil 19. Stata MXL Analiz Sonuçlarının Açıklanması

MXL analiz sonuçları yukarıdaki gibidir (Şekil 18). Regresyon katsayıları, her bir özelliğin marjinal faydasının ölçek dönüşümleri olarak yorumlanır (Fowkes ve Wardman, 1988; Scott, 2001). Başka bir deyişle regresyon katsayıları özelliklerin göreceli öneminin sayısal olarak ifadesidir (Penn-Kekana ve diğerleri, 2005). Özelliklere ait beta katsayısı tercihi 0'dan (seçmemekten) 1'e (seçme durumuna) getirmek için o özelliğin ne kadar etkili olduğunu gösterir (Fields ve diğerleri, 2018).

Hekim ve hemşirelerin mevcut durumlarının, deneyimlerinin, yaşlarının, cinsiyetlerinin ve diğer tanımlayıcı özelliklerinin her bir çalışma koşulu özelliğinin marjinal değerlemeleri üzerindeki etkisi, regresyon modeline etkileşim terimleri dahil edilerek incelenmiştir. Bu alt grup analizlerinin amacı katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin marjinal fayda üzerindeki etkisini incelemektir (Scott, 2001). Ancak yapılan bu alt grup analizleri soru formunda bulunan bazı tanımlayıcı özellikler için denek sayısının azlığı

sebebiyle yapılamamıştır. Hekimlerde “aileden ayrı olma durumu”, “ailenin toplam geliri”, “bulunduğu hastanede çalışma süresi”, “mesai şekli”, “idari görevi olma durumu” ve “kronik hastalık bulunma durumu” ile hemşirelerde ise “aileden ayrı olma durumu” ve “mesai şekli” değişkenleri alt grup analizlerinin dışında bırakılmıştır. Bunlara ek olarak “meslekte çalışma süresi ile yaş değişkeni arasında yüksek korelasyon (Pearson correlation; hekimlerde= 0,96>0,85 ve hemşirelerde 0,91>0,85) bulunduğu için “meslekte çalışma süresi” değişkeni analiz dışı bırakılmıştır.

Alt grup analizlerinde Stata programında kullanılan komut şu şekildedir (Jaskiewicz ve diğerleri, 2012, s. 167): mixlogit tercih alternatif if cinsiyet==1, id(kisi) group(cift) rand(ucret kres altyapi egitim lojman isyuku kariyer) nrep(500)

Hekim ve hemşirelere ait genel ve alt grup analizleri tüm değişkenler (denek sayısı az da olsa) için yapılmış ancak denek sayısı az olan değişkenlerin analizinde anlamlı bir logit model elde edilememiştir. Yapılan analizler sonucu anlamlı bir model ($\text{prob} > \chi^2 = p < 0,05$) elde edilen tüm logit model sonuçları bulgulara eklenmiştir. Ayrıca analizler sonucu elde edilen çalışma koşulu özelliklerine ait beta katsayılarının işaretleri, hekimlerde “lojman” (istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı için rastlantısal olduğu düşünülmektedir) dışında beklendiği gibiydi. Bu sonuçlar araştırmanın teorik/iç geçerliliğini desteklemektedir (WHO, 2012, s.36).

4.3.6.2.Ödeme İstekliliği (WTP) Hesaplamaları

Ödeme istekliliği her bir özellik seviyesi ile ücret özelliği arasındaki katsayı oranıdır. Aşağıdaki formülde olduğu gibi ödeme istekliliği hesaplamasında diğer iş özelliklerinin beta katsayıları ücretin beta katsayısına bölünür (Kolstad, 2011) (Denklem 4).

Denklem 4
$$\text{WTP}(x) = - \frac{\partial U / \partial x}{\partial U / \partial w_{nj}} = - \frac{\beta_x}{\alpha_1 + 2\alpha_2 w_{nj}}$$

Ödeme istekliliği hesaplamaları yapılırken maaş değişkeni sürekli veri olarak girilerek mixlogit analizleri yapılmalıdır (Kolstad, 2011; Vujicic ve diğerleri, 2010b). Bu sebeple ödeme istekliliği hesaplamalarında kullanılmak üzere maaş değişkeni sürekli veri olarak

girilerek ayrı bir mixlogit model oluşturulmuştur. Bunun için ücret özelliğinin her bir seviyesinde yer alan ücret aralığının ortasındaki değerler kullanılmıştır. Bunlar hekimler için 1=8.500, 2=13.500, 3=18.500; hemşireler için 1=3.750, 2=5.250, 3=6.750'dir.

Analizler sonucu beta katsayılarının işaretlerinden kaynaklı ödeme istekliliği katsayıları da değişkenlik göstermiştir. Buna göre pozitif işarete sahip ücretin artması, kreşin varlığı, eğitim fırsatının olması, altyapının yeterli olması, lojmanın olması (sadece hemşirelerde anlamlı çıkmıştır), kariyer fırsatının olması ve iş yükünün normal olması durumlarında katılımcıların maaşlarından ödemeye istekli oldukları miktar; bölgenin kırsal (6. bölge) olması durumunda ise bunu kabul etmeye razı olmak için talep ettikleri miktarlar hesaplanmıştır. Çünkü pozitif işaret katılımcıların daha fazla özelliğe sahip olmak için ne kadar ödemeye istekli olacağını, negatif işaret ise, bu özelliğe katlanabilmek için kabul etmeye razı olacağı minimum miktarı gösterir (Scott, 2001).

4.3.6.3.Olasılıkların Hesaplanması

Hekim ve hemşirelerin belirlenen özelliklere sahip bir işi kabul etme olasılığı aşağıdaki formülle hesaplanmıştır. Buradaki olasılık hesaplamaları katılımcıların alternatif iş özellikleri seviyelerinde, yani sunulan alternatif teşvik paketleriyle ilgili kararları üzerinde tahmini etkiyi gösterir. Katılımcıların j alternatifi yerine i alternatifini seçme olasılığı aşağıdaki formüle göre hesaplanır (Kolstad, 2011) (Denklem 5).

Denklem 5

$$P_{ni} = \frac{e^{\alpha_1 w_{ni} + \alpha_2 w_{ni} + \beta' x_{ni}}}{\sum_j e^{\alpha_1 w_{nj} + \alpha_2 w_{nj} + \beta' x_{nj}}}$$

Model hangi çalışma koşulu özellikleri kümesinin en yüksek faydayı oluşturduğunu ve özelliklerdeki değişikliklerin fayda üzerindeki etkisini tahmin etmek için kullanılabilir (Scott, 2001). Buradan yola çıkılarak katılımcıların kırsal ve merkezdeki işleri kabul etme oranlarının, çalışma koşulu özelliklerinin seviyeleri değiştikçe (politika teşvik paketleri) ne düzeyde değiştiğini tahmin etmek için bir simülasyon çalışması yapılmıştır. Bu

hesaplamalar için Jaskiewicz ve diğeri (2012) tarafından Excel’de geliştirilen hesaplama aracı (www.capacityplus.org/rapid-retention-survey-toolkit) kullanılmıştır.

4.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE SINIRLILIKLARI

Araştırma üç önemli varsayım altında yürütülmüştür. İlk olarak araştırmanın yürütülmesi için SB Bölge Hizmet Sınıflandırmasına göre en iyi durumdaki 1. bölgedeki Ankara ve 6. bölgedeki Ağrı’da iki devlet hastanesi seçilmiştir. Bölgelerin kendi içlerindeki illerin yaşam koşullarının, hastanelerin ve katılımcıların benzer özelliklerde oldukları varsayılmıştır. İkinci olarak katılımcıların tercihlerini yaparken kendileri için maksimum faydayı sağlayacak alternatif seçtikleri varsayılmıştır. Son olarak ise araştırmada ilgisiz alternatiflerin bağımsız olduğu yani katılımcıların karar verirken diğer mümkün olabilecek alternatiflerden bağımsız düşünerek kendilerine sunulan iki alternatif senaryodan birini seçtikleri varsayılmıştır.

Araştırmanın birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak araştırma Ankara ve Ağrı’da olmak üzere SB Bölge Hizmet Sınıflandırmasına göre en iyi durumdaki 1. bölgedeki ve en kötü durumdaki 6. bölgedeki iki hastanede tüm hekim ve hemşirelere uygulanmıştır. Bu nedenle çalışma sonuçlarının tüm Türkiye’ye genellenmesi mümkün olmamaktadır. İkinci olarak diğer KSY ile yapılan çalışmalarda da olduğu gibi araştırma kapsamında katılımcıların sadece beyan ettikleri tercihler araştırılmıştır. Bu sonuçların gerçek/gözlenen davranışlarla tamamen uyumlu olduğundan emin olmak mümkün değildir. Araştırmadaki üçüncü sınırlılık bazı alt grup analizleri için yeterli örneklem büyüklüğüne sahip olunamamasıdır. Son olarak ödeme istekliliği ve olasılık hesaplamalarında araştırmanın yapıldığı dönemdeki ortalama maaşlar araştırma kapsamına alındığından ilerleyen dönemlerde araştırma sonuçları değerlendirilirken bu husus göz önünde bulundurulmalıdır.

5. BÖLÜM BULGULAR

Araştırmaya 126 hekim ve 218 hemşire olmak üzere toplam 344 kişi katılım sağlamıştır. Hekim ve hemşirelere ait bulgular iki bölümde sunulmuştur.

5.1. HEKİMLERE AİT BULGULAR

Araştırmaya katılım gösteren hekimlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda Tablo 9’da özetlenmiştir. Tabloya göre araştırmaya katılan hekimlerde çoğunlukları oluşturan gruplar; kadın, 22-35 yaş aralığında, evli, birinci bölgeden, uzman, üniversiteyi birinci bölgede okumuş, yarısı çocuklu, çoğunluğu ailesi ile birlikte, kirada oturuyor, meslekteki deneyimi, bulunduğu şehirdeki ve hastanedeki süresi 1-10 yıl arasında, geliri 5.000-10.999 arasında, ikinci ya da üçüncü kurumda çalışmakta, gündüz + nöbet mesai şekline sahip, haftalık çalışma saati 40’in üzerinde, idari görevi yok, mecburi hizmetini yapmış, kırsal bölge deneyimi var, sağlık durumu iyi ve bir kronik hastalığı yok olarak bulunmuştur.

Tablo 9. Hekimlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=126)

	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	55	43,7
	Erkek	71	56,3
Yaş	22-35 Yaş	72	57,1
	36-49 Yaş	34	27,0
	50-65 Yaş	20	15,9
Medeni Durum	Bekâr	47	37,3
	Evli	79	62,7

Memleket	1. Bölge	40	31,7
	2. Bölge	24	19,0
	3. Bölge	16	12,7
	4. Bölge	14	11,1
	5. Bölge	15	11,9
	6. Bölge	12	9,5
	Yurt Dışı	3	2,4
	Belirtmeyen	2	1,6
Uzmanlık Durumu	Pratisyen	25	19,8
	Uzman	101	80,2
Üniversite	1. Bölge	79	62,7
	2. Bölge	24	19,0
	3. Bölge	8	6,3
	4. Bölge	0	0
	5. Bölge	14	11,1
	6. Bölge	0	0
	Yurt Dışı	1	0,8
Çocuk	Yok	63	50
	Var	63	50
Aileden Ayrı Olma Durumu (Evli)	Hayır	62	78,4
	Evet	17	21,6
Oturulan Evin Mülkiyeti	Lojman	2	1,6
	Kira	70	55,6
	Kendi Evi	36	28,6
	Otel/Misafirhane	9	7,1
	Diğer	9	7,1
Aylık Gelir	5.000-10.999	80	63,5
	11.000-15.999	29	23,1
	16.000-21.000	4	3,1
	Belirtmeyen	13	10,3

Aile Toplam Gelir	5.000-11.999	17	13,6
	12.000-16.000	26	20,6
	16.001-30.000	16	12,7
	Belirtmeyen	67	53,1
Meslekte Çalışma Süresi	1-10 Yıl	77	61,1
	11-20 Yıl	27	21,4
	21-30 Yıl	13	10,3
	31 Yıl ve Üzeri	9	7,2
Bulunduğu Şehirde Çalışma Süresi	1-10 Yıl	105	83,3
	11-20 Yıl	15	11,9
	21-30 Yıl	4	3,2
	31 Yıl ve Üzeri	2	1,6
Bulunduğu Hastanede Çalışma Süresi	1-10 Yıl	115	91,3
	11-20 Yıl	8	6,4
	21-30 Yıl	2	1,5
	31 Yıl ve Üzeri	1	0,8
Çalıştığı Kurum Sayısı	İlk kurum	15	11,9
	2-3	62	49,2
	4-6	35	27,8
	7 ve üzeri	14	11,1
Mesai Şekli	Sadece Gündüz	21	16,7
	Gündüz + Nöbet	69	54,7
	Sadece Gece	0	0
	Diğer	36	28,6
Haftalık Ortalama Çalışma Saati	40 saat ve altı	31	24,6
	41-71 arası	68	53,9
	72 ve üstü	25	19,9
	Belirtmeyen	2	1,6
İdari Görev Olma Durumu	Yok	111	88,1
	Var	15	11,9

Mecburi Hizmet Durumu	Yapan	64	50,8
	Yapmakta Olan	61	48,4
	Yapmayan	1	0,8
Kırsal Bölge Deneyimi	Hayır	48	38,1
	Evet	78	61,9
Genel Sağlık Durumu	Çok Kötü	1	0,8
	Kötü	7	5,6
	Orta	33	26,1
	İyi	70	55,6
	Çok iyi	15	11,9
Kronik Hastalık Bulunma Durumu	Yok	106	84,1
	Var	20	15,9

Tablo 10. Hekimlerin Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular (N=126)

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Ortalama	Bölge	-3,060	0,178	-17,18	<0,001	(-3,41 -2,71)
	Ücret	1,829	0,205	8,91	<0,001	(1,43 2,23)
	Kreş	0,615	0,159	3,86	<0,001	(0,30 0,93)
	Altyapı	0,654	0,183	3,56	<0,001	(0,29 1,01)
	Eğitim	0,856	0,221	3,87	<0,001	(0,42 1,29)
	Lojman	-0,049	0,127	-0,38	0,701	(-0,30 0,20)
	İşyükü	0,575	0,180	3,19	<0,001	(0,22 0,93)
	Kariyer	0,596	0,126	4,72	<0,001	(0,35 0,84)
SS	Ücret	1,815	0,211	8,59	<0,001	(-3,41 -2,71)
	Kreş	1,016	0,209	4,86	<0,001	(1,43 2,23)
	Altyapı	-1,107	0,238	-4,66	<0,001	(0,30 0,93)
	Eğitim	1,605	0,246	6,53	<0,001	(0,29 1,01)
	Lojman	-0,065	0,192	-0,34	0,737	(0,42 1,29)
	İşyükü	0,454	0,484	0,94	0,349	(-0,30 0,20)
	Kariyer	0,415	0,202	2,06	0,040	(0,22 0,93)

Araştırmaya katılan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,06'lık (1=kentsel bölge ve 2=kırsal bölgeyi temsil etmektedir) β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Hekimlerin kırsal bölgede çalışmayı tercih etme olasılıkları kentsel bölgeden daha düşüktür. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı, kreş, kariyer fırsatı ve iş yüküdür. Modeldeki bir diğer çalışma koşulu özelliği olan lojman değişkeninin ise hekimlerin çalışılacak bölge tercihinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,701$) (Tablo 10).

Tablo 11. Hekimlerin Buldukları İllere Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Ankara (n= 48)	Bölge	-3,290	0,315	-10,46	<0,001	(-3,91 -2,67)
	Ücret	1,652	0,324	5,10	<0,001	(1,02 2,29)
	Kreş	0,440	0,217	2,03	0,043	(0,01 0,87)
	Altyapı	0,970	0,298	3,25	<0,001	(0,39 1,56)
	Eğitim	0,692	0,323	2,14	0,032	(0,06 1,33)
	Lojman	0,023	0,222	0,10	0,917	(-0,41 0,46)
	İşyükü	0,605	0,329	1,84	0,066	(-0,04 1,25)
	Kariyer	0,594	0,201	2,95	0,003	(0,20 0,99)
Ağrı (n= 78)	Bölge	-3,083	0,236	-13,08	<0,001	(-3,55 -2,62)
	Ücret	1,935	0,276	7,00	<0,001	(1,39 2,48)
	Kreş	0,682	0,215	3,18	<0,001	(0,26 1,10)
	Altyapı	0,464	0,242	1,92	0,055	(-0,01 0,94)
	Eğitim	1,056	0,331	3,19	<0,001	(0,41 1,70)
	Lojman	-0,078	0,167	-0,47	0,641	(-0,41 0,25)
	İşyükü	0,532	0,233	2,29	0,022	(0,08 0,99)
	Kariyer	0,673	0,173	3,90	<0,001	(0,34 1,01)

Araştırmaya katılan ve Ankara'da çalışan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,28'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi

önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, altyapı, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı ve kreşdir. Araştırmaya Ağrı'dan katılan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken de -3,08'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre yine en çok bölgeyi önemstedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kreş, kariyer fırsatı, iş yükü ve altyapıdır. Buna karşın, iş yükü değişkeninin ($p=0,066$) Ankara'da, altyapı değişkeninin ($p=0,055$) Ağrı'da, lojman değişkeninin ise Ankara ($p=0,917$) ve Ağrı ($p=0,641$) illerinde çalışan hekimlerin tercihleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 12. Hekimlerin Cinsiyete Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Kadın (n=55)	Bölge	-2,995	0,254	-11,80	<0,001	(-3,49 -2,50)
	Ücret	1,626	0,295	5,50	<0,001	(1,05 2,20)
	Kreş	0,638	0,227	2,82	0,005	(0,19 1,08)
	Altyapı	0,499	0,247	2,02	0,043	(0,02 0,98)
	Eğitim	0,775	0,309	2,51	0,012	(0,17 1,38)
	Lojman	-0,011	0,186	-0,06	0,952	(-0,38 0,35)
	İşyükü	0,710	0,311	2,28	0,022	(0,10 1,32)
	Kariyer	0,565	0,179	3,16	0,002	(0,22 0,92)
Erkek (n= 71)	Bölge	-3,189	0,241	-13,22	<0,001	(-3,66 -2,72)
	Ücret	1,988	0,291	6,82	<0,001	(1,42 2,56)
	Kreş	0,603	0,227	2,66	0,008	(0,16 1,05)
	Altyapı	0,767	0,263	2,91	0,004	(0,25 1,28)
	Eğitim	0,981	0,314	3,13	0,002	(0,37 1,60)
	Lojman	-0,052	0,178	-0,29	0,769	(-0,40 0,30)
	İşyükü	0,333	0,241	1,38	0,168	(-0,14 0,81)
	Kariyer	0,697	0,184	3,79	<0,001	(0,34 1,06)

Kadın hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,99'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, iş yükü, kreş, kariyer fırsatı ve altyapıdır. Erkek hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,18'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı, kariyer fırsatı ve kreştir. İşyükü değişkeninin erkek ($p=0,066$), lojman değişkeninin ise kadın ($p=0,952$) ve erkek ($p=0,769$) hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13. Hekimlerin Yaşa Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
35 Yaş ve Altı (n= 72)	Bölge	-3,036	0,238	-12,77	<0,001	(-3,50 -2,57)
	Ücret	2,319	0,310	7,47	<0,001	(1,71 2,93)
	Kreş	0,726	0,224	3,24	<0,001	(0,29 1,17)
	Altyapı	0,518	0,237	2,19	0,029	(0,05 0,98)
	Eğitim	0,823	0,289	2,84	0,004	(0,26 1,39)
	Lojman	0,068	0,169	0,40	0,687	(-0,26 0,40)
	İşyükü	0,545	0,260	2,10	0,036	(0,04 1,05)
	Kariyer	0,623	0,168	3,70	<0,001	(0,29 0,95)
36-49 Yaş Arası (n= 34)	Bölge	-3,591	0,448	-8,02	<0,001	(-4,47 -2,71)
	Ücret	1,669	0,396	4,21	<0,001	(0,89 2,45)
	Kreş	0,453	0,324	1,40	0,162	(-0,18 1,09)
	Altyapı	0,813	0,396	2,05	0,040	(0,04 1,59)
	Eğitim	1,138	0,491	2,32	0,020	(0,18 2,10)
	Lojman	-0,059	0,298	-0,20	0,842	(-0,64 0,53)
	İşyükü	0,462	0,425	1,09	0,278	(-0,37 1,30)
	Kariyer	0,740	0,276	2,68	0,007	(0,20 1,28)

50 Yaş ve Üstü (n= 20)	Bölge	-2,952	0,399	-7,4	<0,001	(-3,73 -2,17)
	Ücret	0,936	0,344	2,72	0,006	(0,26 1,61)
	Kreş	0,309	0,293	1,06	0,291	(-0,27 0,88)
	Altyapı	0,795	0,476	1,67	0,095	(-0,14 1,73)
	Eğitim	0,657	0,566	1,16	0,246	(-0,45 1,77)
	Lojman	-0,257	0,347	-0,74	0,460	(-0,94 0,42)
	İşyükü	0,577	0,415	1,39	0,164	(-0,24 1,39)
	Kariyer	0,608	0,356	1,71	0,088	(-0,09 1,31)

35 yaş ve altı hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,03'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kreş, kariyer fırsatı, iş yükü ve altyapıdır. 36-49 yaş arası hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,59'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı ve kariyer fırsatıdır. 50 yaş ve üzeri hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,95'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra önemsenen çalışma koşulu özelliği ise ücrettir. İşyükü değişkeni 36-49 yaş arası ($p=0,278$) ve 50 yaş üstü ($p=0,164$), kreş değişkeni 36-49 yaş arası ($p=0,162$) ve 50 yaş üstü ($p=0,291$), altyapı değişkeni ($p=0,095$), eğitim fırsatı ($p=0,246$) ve kariyer fırsatı ($p=0,088$) sadece 50 yaş ve üstü hekimlerde, lojman değişkeni ise 35 yaş ve altı ($p=0,687$), 36-49 yaş arası ($p=0,842$) ve 50 yaş ve üstü ($p=0,460$) hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 14. Hekimlerin Memleketlerinin Bulunduğu Bölgeye Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
1. Bölge (n=40)	Bölge	-3,523	0,413	-8,53	<0,001	(-4,33 -2,71)
	Ücret	2,344	0,527	4,45	<0,001	(1,31 3,38)
	Kreş	0,654	0,357	1,83	0,067	(-0,05 1,35)
	Altyapı	0,762	0,384	1,98	0,047	(0,01 1,51)
	Eğitim	1,352	0,540	2,50	0,012	(0,29 2,41)
	Lojman	0,166	0,261	0,63	0,526	(-0,35 0,68)
	İşyükü	0,828	0,393	2,11	0,035	(0,06 1,60)
	Kariyer	0,517	0,247	2,09	0,036	(0,03 1,00)
2, 3 ve 4. Bölge (n=54)	Bölge	-3,819	0,374	-10,22	<0,001	(-4,55 -3,09)
	Ücret	2,193	0,441	4,98	<0,001	(1,33 3,06)
	Kreş	0,824	0,273	3,02	0,003	(0,29 1,36)
	Altyapı	1,194	0,339	3,52	<0,001	(0,53 1,86)
	Eğitim	0,988	0,373	2,65	0,008	(0,26 1,72)
	Lojman	-0,265	0,249	-1,06	0,287	(-0,75 0,22)
	İşyükü	1,034	0,373	2,77	0,006	(0,30 1,77)
	Kariyer	0,619	0,207	2,98	0,003	(0,21 1,03)
5 ve 6. Bölge (n=27)	Bölge	-2,339	0,297	-7,88	<0,001	(-2,92 -1,76)
	Ücret	1,600	0,331	4,84	<0,001	(0,95 2,25)
	Kreş	0,503	0,293	1,72	0,086	(-0,07 1,08)
	Altyapı	0,097	0,374	0,26	0,794	(-0,64 0,83)
	Eğitim	1,175	0,568	2,07	0,039	(0,06 2,29)
	Lojman	0,158	0,257	0,61	0,540	(-0,35 0,66)
	İşyükü	-0,149	0,318	-0,47	0,640	(-0,77 0,48)
	Kariyer	0,815	0,287	2,84	0,004	(0,25 1,38)

Memleketleri 1. bölgede olan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,52'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, İşyükü, altyapı ve kariyer fırsatıdır. Memleketleri 2, 3 ve 4. bölgeden olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,81'lik β katsayısı ile

diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, altyapı, İşyükü, eğitim fırsatı, kreş ve kariyer fırsattır. Memleketleri 4 ve 5. bölgeden olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,33'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise ücret, eğitim fırsatı ve kariyer fırsattır. Kreş değişkeni memleketleri 1. Bölge ($p=0,067$) ile 5. ve 6. Bölge ($p=0,086$) olan hekimlerin, altyapı ($p=0,794$) ve iş yükü değişkenleri ($p=0,640$) memleketleri 2, 3 ve 4. Bölge olan hekimlerin, lojman değişkeni ise memleketleri 1. Bölge ($p=0,526$), 2, 3 ve 4. Bölge ($p=0,287$) ile 5 ve 6. Bölge ($p=0,540$) olan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 15. Hekimlerin Memleketlerinin Merkez veya Taşra Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Merkez (n= 98)	Bölge	-3,683	0,265	-13,87	<0,001	(-4,20 -3,16)
	Ücret	1,822	0,267	6,82	<0,001	(1,30 2,35)
	Kreş	0,877	0,239	3,67	<0,001	(0,41 1,34)
	Altyapı	0,612	0,224	2,73	0,006	(0,17 1,05)
	Eğitim	0,975	0,291	3,35	<0,001	(0,41 1,55)
	Lojman	0,076	0,161	0,47	0,636	(-0,24 0,39)
	İşyükü	0,541	0,254	2,13	0,033	(0,04 1,04)
	Kariyer	0,642	0,164	3,91	<0,001	(0,32 0,97)
Taşra (n= 27)	Bölge	-2,029	0,244	-8,32	<0,001	(-2,51 -1,55)
	Ücret	1,736	0,365	4,76	<0,001	(1,02 2,45)
	Kreş	0,263	0,228	1,15	0,250	(-0,19 0,71)
	Altyapı	0,891	0,414	2,15	0,031	(0,08 1,70)
	Eğitim	1,016	0,407	2,50	0,013	(0,22 1,81)
	Lojman	-0,253	0,254	-1,00	0,317	(-0,75 0,24)
	İşyükü	0,311	0,325	0,96	0,339	(-0,33 0,95)
	Kariyer	0,749	0,243	3,08	0,002	(0,27 1,23)

Memleketleri merkez olan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,68'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kreş, kariyer fırsatı altyapı ve iş yüküdür. Memleketleri taşra olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,02'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı ve kariyer fırsatıdır. Kreş ($p=0,250$) ve iş yükü ($p=0,339$) değişkenleri taşradan olan, lojman değişkeni ise hem merkezden ($p=0,636$) hem taşradan ($p=0,317$) olan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 16. Hekimlerin Üniversiteyi Okudukları İlin Bulunduğu Bölgeye Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
1. Bölge (n=79)	Bölge	-3,103	0,220	-14,13	<0,001	(-3,53 -2,67)
	Ücret	1,628	0,251	6,49	<0,001	(1,14 2,12)
	Kreş	0,504	0,175	2,89	0,004	(0,16 0,85)
	Altyapı	0,829	0,228	3,64	<0,001	(0,38 1,28)
	Eğitim	0,816	0,260	3,14	<0,002	(0,31 1,33)
	Lojman	0,078	0,159	0,49	0,623	(-0,23 0,39)
	İşyükü	0,664	0,240	2,77	0,006	(0,19 1,14)
	Kariyer	0,457	0,148	3,08	0,002	(0,17 0,75)
2 ve 3. Bölge (n=32)	Bölge	-4,782	0,737	-6,49	<0,001	(-6,23 -3,34)
	Ücret	3,345	0,766	4,37	<0,001	(1,84 4,85)
	Kreş	0,813	0,480	1,69	0,091	(-0,13 1,76)
	Altyapı	0,739	0,545	1,36	0,175	(-0,33 1,81)
	Eğitim	1,034	0,636	1,63	0,104	(-0,21 2,28)
	Lojman	-0,633	0,395	-1,60	0,109	(-1,41 0,14)
	İşyükü	0,664	0,559	1,19	0,235	(-0,43 1,76)
	Kariyer	1,208	0,414	2,92	0,004	(0,40 2,02)

5. Bölge (n=14)	Bölge	-4,336	0,991	-4,38	<0,001	(-6,28 -2,40)
	Ücret	5,234	1,442	3,63	<0,001	(2,41 8,06)
	Kreş	1,719	0,849	2,02	0,043	(0,06 3,38)
	Altyapı	-1,888	0,968	-1,95	0,051	(-3,79 0,01)
	Eğitim	4,279	1,481	2,89	0,004	(1,38 7,18)
	Lojman	0,395	0,611	0,65	0,519	(-0,80 1,59)
	İşyükü	-0,271	0,790	-0,34	0,732	(-1,82 1,28)
	Kariyer	1,373	0,892	1,54	0,124	(-0,38 3,12)

Okudukları üniversite 1. bölgeden olan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,10'luk β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, altyapı, eğitim fırsatı, iş yükü, kreş ve kariyer fırsatıdır. Okudukları üniversite 2 ve 3. bölgeden olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -4,78'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret ve kariyer fırsatıdır. Okudukları üniversite 5. bölgeden olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -4,33'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise ücret, eğitim fırsatı ve kreştir. Kreş ($p=0,091$) ve eğitim ($p=0,104$) değişkenleri okudukları üniversite 2 ve 3. bölgede, altyapı değişkeni 2 ve 3. bölge ($p=0,175$) ile 5. bölgede ($p=0,051$), iş yükü değişkeni 5. bölgede ($p=0,732$), lojman değişkeni ise 1. bölge ($0,623$), 2 ve 3. bölge ($p=0,235$) ve 5. bölgede ($p=0,519$) olan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 17. Hekimlerin Uzmanlık Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Pratisyen (n= 25)	Bölge	-2,839	0,351	-8,08	<0,001	(-3,53 -2,15)
	Ücret	2,466	0,697	3,54	<0,001	(1,10 3,83)
	Kreş	0,422	0,304	1,39	0,164	(-0,17 1,02)
	Altyapı	0,176	0,481	0,37	0,714	(-0,77 1,12)
	Eğitim	0,094	0,395	0,24	0,813	(-0,68 0,87)
	Lojman	-0,414	0,323	-1,28	0,199	(-1,05 0,22)
	İşyükü	0,390	0,458	0,85	0,394	(-0,51 1,29)
	Kariyer	0,514	0,290	1,77	0,076	(-0,05 1,08)
Uzman (n= 101)	Bölge	-3,288	0,220	-14,91	<0,001	(-3,72 -2,86)
	Ücret	1,832	0,242	7,56	<0,001	(1,36 2,31)
	Kreş	0,636	0,191	3,33	<0,001	(0,26 1,01)
	Altyapı	0,778	0,211	3,69	<0,001	(0,37 1,19)
	Eğitim	1,164	0,271	4,29	<0,001	(0,63 1,70)
	Lojman	0,045	0,145	0,31	0,758	(-0,24 0,33)
	İşyükü	0,583	0,211	2,77	0,006	(0,17 1,00)
	Kariyer	0,656	0,147	4,47	<0,001	(0,37 0,94)

Pratisyen hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,83'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra önemsenen çalışma koşulu özelliği ücrettir. Uzman hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,28'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı, kariyer fırsatı, kreş ve iş yüküdür. Kreş ($p=0,164$), altyapı ($p=0,714$), eğitim fırsatı ($p=0,813$), iş yükü ($p=0,394$) ve kariyer fırsatı ($p=0,076$) değişkenleri pratisyen hekimlerde, lojman değişkeni ise hem pratisyen ($p=0,199$) hem uzman ($p=0,758$) olan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 18. Hekimlerin Medeni Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Bekar (n= 47)	Bölge	-3,239	0,314	-10,32	<0,001	(-3,85 -2,62)
	Ücret	2,421	0,447	5,42	<0,001	(1,55 3,30)
	Kreş	0,346	0,232	1,49	0,136	(-0,11 0,80)
	Altyapı	0,621	0,307	2,02	0,043	(0,02 1,22)
	Eğitim	0,838	0,405	2,07	0,039	(0,04 1,63)
	Lojman	-0,413	0,228	-1,81	0,070	(-0,86 0,03)
	İşyükü	0,943	0,331	2,85	0,004	(0,29 1,59)
	Kariyer	0,548	0,209	2,62	0,009	(0,14 0,96)
Evli (n= 79)	Bölge	-2,991	0,204	-14,67	<0,001	(-3,39 -2,59)
	Ücret	1,593	0,223	7,15	<0,001	(1,16 2,03)
	Kreş	0,703	0,208	3,38	<0,001	(0,30 1,11)
	Altyapı	0,693	0,228	3,04	0,002	(0,25 1,14)
	Eğitim	0,907	0,255	3,55	<0,001	(0,41 1,41)
	Lojman	0,113	0,159	0,71	0,476	(-0,20 0,42)
	İşyükü	0,348	0,224	1,55	0,120	(-0,09 0,79)
	Kariyer	0,624	0,165	3,78	<0,001	(0,30 0,95)

Bekar hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,23'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; ücret, İşyükü, eğitim fırsatı, altyapı ve kariyer fırsatıdır. Evli hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,99'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kreş, altyapı ve kariyer fırsatıdır. Kreş değişkeni bekar ($p=0,136$), iş yükü değişkeni evli ($p=0,120$), lojman değişkeni ise hem bekar ($p=0,070$) hem evli ($p=0,476$) olan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 19. Hekimlerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Çocuk Sahibi Değil (n= 63)	Bölge	-3,115	0,233	-13,39	<0,001	(-3,57 -2,66)
	Ücret	2,089	0,332	6,29	<0,001	(1,44 2,74)
	Kreş	0,308	0,183	1,68	0,092	(-0,05 0,67)
	Altyapı	0,660	0,278	2,38	0,018	(0,12 1,21)
	Eğitim	0,699	0,292	2,39	0,017	(0,13 1,27)
	Lojman	-0,269	0,189	-1,42	0,155	(-0,64 0,10)
	İşyükü	0,796	0,264	3,02	0,003	(0,28 1,31)
	Kariyer	0,498	0,171	2,92	0,004	(0,16 0,83)
Çocuklu (n= 63)	Bölge	-3,180	0,274	-11,61	<0,001	(-3,72 -2,64)
	Ücret	1,772	0,296	5,98	<0,001	(1,19 2,35)
	Kreş	0,836	0,262	3,19	<0,001	(0,32 1,35)
	Altyapı	0,661	0,281	2,35	0,019	(0,11 1,21)
	Eğitim	1,015	0,322	3,16	0,002	(0,39 1,65)
	Lojman	0,146	0,200	0,73	0,465	(-0,25 0,54)
	İşyükü	0,407	0,278	1,46	0,144	(-0,14 0,95)
	Kariyer	0,735	0,211	3,49	<0,001	(0,32 1,15)

Çocuk sahibi olmayan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,11'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; ücret, İşyükü, eğitim fırsatı, altyapı ve kariyer fırsatıdır. Çocuk sahibi olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,17'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kreş, kariyer fırsatı ve altyapıdır. Kreş değişkeni çocuksuz ($p=0,092$), iş yükü değişkeni çocuklu ($p=0,144$), lojman değişkeni ise hem çocuksuz ($p=0,155$) hem çocuklu ($p=0,465$) olan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 20. Hekimlerin İkamet Ettikleri Evin Mülkiyet Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Kendi Evi (n= 36)	Bölge	-3,259	0,434	-7,50	<0,001	(-4,1 -2,4)
	Ücret	1,887	0,445	4,24	<0,001	(1,0 2,8)
	Kreş	0,675	0,293	2,31	0,021	(0,1 1,2)
	Altyapı	0,450	0,350	1,29	0,198	(-0,2 1,1)
	Eğitim	1,405	0,640	2,19	0,028	(0,2 2,7)
	Lojman	-0,224	0,256	-0,87	0,383	(-0,7 0,3)
	İşyükü	0,530	0,397	1,34	0,182	(-0,2 1,3)
	Kariyer	0,942	0,288	3,27	<0,001	(0,4 1,5)
Diğer (n= 90)	Bölge	-3,072	0,202	-15,21	<0,001	(-3,5 -2,7)
	Ücret	1,917	0,275	6,98	<0,001	(1,4 2,5)
	Kreş	0,597	0,186	3,21	<0,001	(0,2 1,0)
	Altyapı	0,706	0,223	3,16	0,002	(0,3 1,1)
	Eğitim	0,771	0,249	3,10	0,002	(0,3 1,3)
	Lojman	-0,005	0,149	-0,03	0,975	(-0,3 0,3)
	İşyükü	0,535	0,209	2,56	0,011	(0,1 0,9)
	Kariyer	0,497	0,143	3,47	<0,001	(0,2 0,8)

Kendi evinde ikamet eden hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken - 3,25'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; ücret, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı, kreş ve iş yüküdür. Kendi evinde ikamet etmeyen hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,07'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı, kreş, iş yükü ve kariyer fırsatıdır. Altyapı değişkeni kendi evinde ikamet eden ($p=0,198$), lojman

değişkeni ise hem kendi evinde ikamet eden ($p=0,383$) hem de etmeyen ($p=0,975$) hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 21. Hekimlerin Aylık Ortalama Gelir Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
8.500 ve Altı (n= 55)	Bölge	-2,908	0,233	-12,48	<0,001	(-3,37 -2,45)
	Ücret	1,659	0,248	6,68	<0,001	(1,17 2,15)
	Kreş	0,426	0,189	2,25	0,025	(0,06 0,80)
	Altyapı	0,535	0,254	2,11	0,035	(0,04 1,03)
	Eğitim	0,558	0,272	2,05	0,040	(0,03 1,09)
	Lojman	0,079	0,190	0,42	0,677	(-0,29 0,45)
	İşyükü	0,359	0,306	1,17	0,240	(-0,24 0,96)
	Kariyer	0,781	0,183	4,27	<0,001	(0,42 1,14)
8.501 ve Üstü (n= 58)	Bölge	-3,188	0,284	-11,23	<0,001	(-3,74 -2,63)
	Ücret	2,299	0,405	5,67	<0,001	(1,51 3,09)
	Kreş	0,763	0,254	3,00	0,003	(0,27 1,26)
	Altyapı	0,677	0,279	2,43	0,015	(0,13 1,22)
	Eğitim	1,382	0,464	2,97	0,003	(0,47 2,29)
	Lojman	-0,134	0,198	-0,68	0,497	(-0,52 0,25)
	İşyükü	0,514	0,271	1,90	0,058	(-0,02 1,05)
	Kariyer	0,623	0,208	2,99	0,003	(0,21 1,03)

Aylık geliri 8.500 ve altı olan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,90'lık β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; ücret, kariyer fırsatı, eğitim fırsatı, altyapı ve kreştir. Aylık geliri 8.501 ve üstü olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,18'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kreş, altyapı ve kariyer

fırsatıdır. İşyükü değişkeni hem geliri 8.500 ve altı ($p=0,240$) hem geliri 8.501 ve üstü olan ($p=0,058$), lojman değişkeni de aynı şekilde hem geliri 8.500 ve altı ($p=0,677$) hem geliri 8.501 ve üstü olan ($p=0,497$) hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 22. Hekimlerin Buldukları Şehirde Çalışma Sürelerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
1 Yıl (n=50)	Bölge	-2,855	0,295	-9,67	<0,001	(-3,43 -2,28)
	Ücret	2,695	0,510	5,29	<0,001	(1,70 3,69)
	Kreş	0,653	0,263	2,48	0,013	(0,14 1,17)
	Altyapı	0,462	0,284	1,63	0,104	(-0,09 1,02)
	Eğitim	1,129	0,391	2,89	0,004	(0,36 1,90)
	Lojman	-0,109	0,208	-0,53	0,599	(-0,52 0,30)
	İşyükü	0,536	0,294	1,82	0,069	(-0,04 1,11)
	Kariyer	0,608	0,218	2,79	0,005	(0,18 1,04)
2-9 Yıl Arası (n=51)	Bölge	-3,133	0,276	-11,36	<0,001	(-3,67 -2,59)
	Ücret	1,836	0,300	6,13	<0,001	(1,25 2,42)
	Kreş	0,771	0,267	2,88	0,004	(0,25 1,30)
	Altyapı	0,996	0,317	3,14	0,002	(0,38 1,62)
	Eğitim	0,880	0,367	2,40	0,017	(0,16 1,60)
	Lojman	0,040	0,208	0,19	0,849	(-0,37 0,45)
	İşyükü	0,758	0,311	2,44	0,015	(0,15 1,37)
	Kariyer	0,554	0,197	2,81	0,005	(0,17 0,94)
10 Yıl ve Üzeri (n=25)	Bölge	-4,480	0,662	-6,76	<0,001	(-5,78 -3,18)
	Ücret	1,066	0,385	2,77	0,006	(0,31 1,82)
	Kreş	0,513	0,413	1,24	0,215	(-0,30 1,32)
	Altyapı	0,654	0,500	1,31	0,191	(-0,33 1,63)
	Eğitim	1,121	0,643	1,74	0,081	(-0,14 2,38)
	Lojman	-0,361	0,404	-0,89	0,372	(-1,15 0,43)
	İşyükü	0,522	0,576	0,90	0,366	(-0,61 1,65)
	Kariyer	0,926	0,407	2,28	0,023	(0,13 1,72)

Buldukları şehirde çalışma süresi 1 yıl ve altında olan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,85'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kreş ve kariyer fırsatıdır. Buldukları şehirdeki çalışma süreleri 2-9 yıl arasında olan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,13'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, altyapı, eğitim fırsatı, kreş, iş yükü ve kariyer fırsatıdır. Buldukları şehirde çalışma süresi 10 yıl ve üzeri hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -4,47'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise sırasıyla ücret ve kariyer fırsatıdır. İşyükü değişkeninin çalışma süresi 1 yıl ve altı olan hekimler ($p=0,069$) ile 10 yıl ve üzeri olan hekimlerin tercihleri üzerinde ($p=0,366$), kreş değişkeninin ($p=0,215$) çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hekimlerin tercihleri üzerinde, altyapı değişkeninin çalışma süresi 1 yıl ve altı olan hekimler ($p=0,104$) ile 10 yıl ve üzeri olan hekimlerin tercihleri üzerinde ($p=0,191$), eğitim fırsatının çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olan hekimlerin tercihleri üzerinde ($p=0,081$), lojman değişkeninin ise çalışma süresi 1 yıl ve altı ($p=0,599$), 2-9 yıl arası ($p=0,849$) ve 10 yıl ve üstü ($p=0,372$) olan hekimlerin tercihleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 23. Hekimlerin Çalıştıkları Kurum Sayısına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
1-3 Kurum (n=77)	Bölge	-2,630	0,181	-14,5	<0,001	(-2,99 -2,27)
	Ücret	2,024	0,301	6,73	<0,001	(1,43 2,61)
	Kreş	0,575	0,196	2,93	0,003	(0,19 0,96)
	Altyapı	0,781	0,238	3,28	<0,001	(0,31 1,25)
	Eğitim	0,731	0,223	3,28	<0,001	(0,29 1,17)
	Lojman	-0,136	0,149	-0,91	0,361	(-0,43 0,16)
	İşyükü	0,659	0,224	2,95	0,003	(0,22 1,10)
	Kariyer	0,513	0,143	3,6	<0,001	(0,23 0,79)
4 ve Üzeri Kurum (n=49)	Bölge	-4,262	0,448	-9,52	<0,001	(-5,14 -3,38)
	Ücret	1,914	0,358	5,35	<0,001	(1,21 2,62)
	Kreş	0,654	0,292	2,24	0,025	(0,08 1,23)
	Altyapı	0,422	0,354	1,19	0,233	(-0,27 1,12)
	Eğitim	1,351	0,544	2,49	0,013	(0,29 2,42)
	Lojman	0,050	0,278	0,18	0,857	(-0,50 0,59)
	İşyükü	0,421	0,362	1,16	0,244	(-0,29 1,13)
	Kariyer	0,889	0,310	2,87	0,004	(0,28 1,50)

Araştırmanın yapıldığı tarihe kadar 1-3 kurumda çalışan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,62'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; ücret, altyapı, eğitim fırsatı, iş yükü, kariyer fırsatı ve kreştir. Şu ana kadar 4 ve üzerinde kurumda çalışan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -4,26'lık β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı ve kreştir. Altyapı ($p=0,233$) ve iş yükü ($p=0,244$) değişkenleri şu ana kadar 4 ve üzeri kurumda çalışan hekimlerin, lojman değişkeni ise hem 1-3 ($p=0,361$) hem de 4 ve üzeri kurumda ($p=0,857$) çalışan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 24. Hekimlerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
40 Saat (n= 24)	Bölge	-6,302	1,255	-5,02	<0,001	(-8,76 -3,84)
	Ücret	3,584	0,867	4,14	<0,001	(1,89 5,28)
	Kreş	1,097	0,678	1,62	0,106	(-0,23 2,43)
	Altyapı	1,348	0,819	1,65	0,100	(-0,26 2,95)
	Eğitim	0,614	0,715	0,86	0,390	(-0,79 2,02)
	Lojman	-0,046	0,590	-0,08	0,938	(-1,20 1,11)
	İşyükü	1,237	0,771	1,60	0,109	(-0,28 2,75)
	Kariyer	0,848	0,490	1,73	0,083	(-0,11 1,81)
40 Saatten Fazla (n=102)	Bölge	-2,822	0,172	-16,37	<0,001	(-3,16 -2,48)
	Ücret	1,709	0,222	7,69	<0,001	(1,27 2,14)
	Kreş	0,502	0,157	3,20	<0,001	(0,19 0,81)
	Altyapı	0,502	0,185	2,72	0,007	(0,14 0,86)
	Eğitim	1,013	0,247	4,11	<0,001	(0,53 1,50)
	Lojman	0,004	0,133	0,03	0,978	(-0,26 0,26)
	İşyükü	0,429	0,192	2,24	0,025	(0,05 0,80)
	Kariyer	0,607	0,128	4,73	<0,001	(0,36 0,86)

Haftalık çalışma saati 40 ve altı olan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -6,30'luk β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra önemsenen çalışma koşulu özelliği ise ücrettir. Haftalık çalışma saati 40'tan fazla olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,82'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı, altyapı, kreş ve iş yüküdür. Kreş ($p=0,106$), altyapı ($p=0,100$), eğitim fırsatı ($p=0,390$), iş yükü ($p=0,109$) ve kariyer fırsatı ($p=0,083$) değişkenlerinin 40 saat ve altında çalışan hekimlerin tercihleri üzerinde, lojman değişkeninin ise hem 40 saat ve altı ($p=0,938$) hem de 40 saat ve üzeri ($p=0,978$) çalışan hekimlerin tercihleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 25. Hekimlerin Mecburi Hizmetlerini Tamamlama Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Tamamlayan (n= 64)	Bölge	-3,352	0,277	-12,11	<0,001	(-3,89 -2,81)
	Ücret	1,842	0,281	6,56	<0,001	(1,29 2,39)
	Kreş	0,486	0,225	2,16	0,031	(0,05 0,93)
	Altyapı	1,014	0,297	3,42	<0,001	(0,43 1,60)
	Eğitim	0,663	0,289	2,29	0,022	(0,10 1,23)
	Lojman	-0,079	0,196	-0,40	0,687	(-0,46 0,31)
	İşyükü	0,419	0,279	1,50	0,133	(-0,13 0,97)
	Kariyer	0,638	0,191	3,34	<0,001	(0,26 1,01)
Tamamlamamış Olan	Bölge	-3,069	0,259	-11,84	<0,001	(-3,58 -2,56)
	Ücret	1,794	0,302	5,94	<0,001	(1,20 2,39)
	Kreş	0,821	0,243	3,38	<0,001	(0,34 1,30)
	Altyapı	0,297	0,254	1,17	0,242	(-0,20 0,80)
	Eğitim	1,595	0,443	3,60	<0,001	(0,73 2,46)
	Lojman	-0,022	0,184	-0,12	0,905	(-0,38 0,34)
	İşyükü	0,605	0,276	2,19	0,028	(0,06 1,15)
	Kariyer	0,710	0,194	3,66	<0,001	(0,33 1,09)

Mecburi hizmetini tamamlayan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,35'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, altyapı, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı ve kreştir. Mecburi hizmetini tamamlamamış olan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,06'lık β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kreş, kariyer fırsatı ve iş yüküdür. İşyükü değişkeninin mecburi hizmetini tamamlayan hekimlerin tercihleri üzerinde ($p=0,133$), altyapının mecburi hizmetini tamamlamamış olan hekimlerin tercihlerinde ($p=0,242$), lojman değişkeninin ise hem mecburi hizmetini tamamlamış ($p=0,687$) hem de tamamlamamış ($p=0,905$) olan hekimlerin tercihleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur (Tablo 25).

Tablo 26. Hekimlerin Daha Önce Kırsal Bölgede Çalışmış Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Çalışan (n=78)	Bölge	-2,945	0,204	-14,41	<0,001	(-3,35 -2,55)
	Ücret	1,519	0,225	6,75	<0,001	(1,08 1,96)
	Kreş	0,514	0,181	2,84	0,005	(0,16 0,87)
	Altyapı	0,749	0,227	3,30	<0,001	(0,30 1,19)
	Eğitim	0,882	0,286	3,09	0,002	(0,32 1,44)
	Lojman	-0,005	0,161	-0,03	0,977	(-0,32 0,31)
	İşyükü	0,374	0,222	1,68	0,092	(-0,06 0,81)
	Kariyer	0,447	0,159	2,81	0,005	(0,14 0,76)
Çalışmayan (n=48)	Bölge	-3,481	0,353	-9,87	<0,001	(-4,17 -2,79)
	Ücret	2,531	0,515	4,91	<0,001	(1,52 3,54)
	Kreş	0,826	0,312	2,64	0,008	(0,21 1,44)
	Altyapı	0,546	0,326	1,67	0,094	(-0,09 1,19)
	Eğitim	1,063	0,500	2,12	0,034	(0,08 2,04)
	Lojman	-0,153	0,220	-0,69	0,487	(-0,59 0,28)
	İşyükü	0,913	0,340	2,69	0,007	(0,25 1,58)
	Kariyer	1,021	0,239	4,28	<0,001	(0,55 1,49)

Daha önce kırsal bölgede çalışan hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,94'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı, kreş ve kariyer fırsatıdır. Daha önce kırsal bölgede çalışmayan hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,48'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı, iş yükü ve kreştir. İşyükü kırsal bölgede çalışanlarda ($p=0,092$), altyapı kırsal bölgede çalışmamış olanlarda ($p=0,094$), lojman değişkeni ise hem çalışmış ($p=0,977$) hem de çalışmamış ($p=0,487$) olan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 27. Hekimlerin Genel Sağlık Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Kötü ve Orta (n= 41)	Bölge	-2,990	0,326	-9,18	<0,001	(-3,63 -2,35)
	Ücret	1,541	0,419	3,67	<0,001	(0,72 2,36)
	Kreş	0,385	0,272	1,41	0,158	(-0,15 0,92)
	Altyapı	0,425	0,292	1,46	0,146	(-0,15 1,00)
	Eğitim	0,528	0,322	1,64	0,101	(-0,10 1,16)
	Lojman	-0,208	0,252	-0,83	0,409	(-0,70 0,29)
	İşyükü	0,856	0,339	2,52	0,012	(0,19 1,52)
	Kariyer	0,352	0,234	1,51	0,132	(-0,11 0,81)
İyi (n=85)	Bölge	-3,063	0,214	-14,32	<0,001	(-3,48 -2,64)
	Ücret	1,832	0,239	7,67	<0,001	(1,36 2,30)
	Kreş	0,659	0,190	3,48	<0,001	(0,29 1,03)
	Altyapı	0,811	0,232	3,50	<0,001	(0,36 1,27)
	Eğitim	0,902	0,273	3,31	<0,001	(0,37 1,44)
	Lojman	0,021	0,153	0,14	0,888	(-0,28 0,32)
	İşyükü	0,406	0,238	1,70	0,088	(-0,06 0,87)
	Kariyer	0,698	0,152	4,58	<0,001	(0,40 1,00)

Genel sağlık durumunu kötü ve orta olarak beyan eden hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,98'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret ve iş yüküdür. Genel sağlık durumunu iyi olarak beyan eden hekimlerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -3,06'lık β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı, kariyer fırsatı ve kreştir. Kreş ($p=0,158$), altyapı ($p=0,146$), eğitim fırsatı ($p=0,101$) ve kariyer fırsatı ($p=0,132$) sağlık durumu kötü ve orta olan hekimlerin, iş yükü ise sağlık durumu iyi olan hekimlerin ($p=0,088$), lojman değişkeni ise hem sağlık durumu kötü ve orta ($p=0,409$) hem de iyi ($p=0,888$) olan hekimlerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 28. Hekimlerin Yapmış Oldukları Tercihlere Göre Çalışma Koşulu Özelliklerinin Önem Sıralaması

		Bölge	Ücret	Kreş	Altyapı	Eğitim	Lojman	İşyükü	Kariyer
Hekim	Genel	1	2	5	4	3	0	7	6
İl	Ankara	1	2	6	3	4	0	0	5
	Ağrı	1	2	4	0	3	0	6	5
Cinsiyet	Kadın	1	2	5	7	3	0	4	6
	Erkek	1	2	6	4	3	0	0	5
Yaş	35 ve Altı	1	2	4	7	3	0	6	5
	36-49	1	2	0	4	3	0	0	5
	50 ve üstü	1	2	0	0	0	0	0	0
Memleket	1. Bölge	1	2	0	5	3	0	4	6
	2, 3 ve 4. Bölge	1	2	6	3	5	0	4	7
	5 ve 6. Bölge	1	2	0	0	3	0	0	4
Memleket Merkez	Merkez	1	2	4	6	3	0	7	5
	Taşra	1	2	0	4	3	0	0	5
Üniversite	1. Bölge	1	2	6	3	4	0	5	7
	2 ve 3. Bölge	1	2	0	0	0	0	0	3
	5. Bölge	2	1	4	0	3	0	0	0
Uzmanlık	Pratisyen	1	2	0	0	0	0	0	0
	Uzman	1	2	6	4	3	0	7	5
Medeni Durum	Bekar	1	2	0	5	4	0	3	6
	Evli	1	2	4	5	3	0	0	6
Çocuk Sahibi	Değil	1	2	0	5	4	0	3	6
	Çocuklu	1	2	4	6	3	0	0	5
Ev Mülkiyet	Kendi Evi	1	2	5	0	3	0	6	4
	Diğer	1	2	5	4	3	0	6	7
Aylık Gelir	8.500 ve Altı	1	2	6	5	4	0	0	3
	8.501 ve Üstü	1	2	4	5	3	0	0	6
Şehirde Süre	1 Yıl	1	2	4	0	3	0	0	5
	2-9 Yıl	1	2	5	3	4	0	6	7
	10 Yıl ve Üstü	1	2	0	0	0	0	0	3
Kurum Sayısı	1-3 Arası	1	2	7	3	4	0	5	6
	4 ve Üstü	1	2	5	0	3	0	0	4
Haftalık Çalışma Saati	40 ve Altı	1	2	0	0	0	0	0	0
	40'tan fazla	1	2	6	5	3	0	7	4
Mecburi Hizmet	Tamamlayan	1	2	6	3	4	0	0	5
	Tamamlamamış	1	2	4	0	3	0	6	5
Kırsalda Çalışma	Evet	1	2	5	4	3	0	0	6
	Hayır	1	2	6	0	3	0	5	4
Genel Sağlık	Kötü ve Orta	1	2	0	0	0	0	3	0
	İyi	1	2	6	4	3	0	0	5

Hekimlerin yapmış oldukları tercihlere göre çalışma koşulu özelliklerinin önem sıralamasına bakıldığında en çok bölge değişkenini, daha sonra ise ücreti önemsedikleri görülmektedir. Ancak üniversiteyi 5. Bölgede okuyan hekimlerin ilk olarak ücreti, ikinci olarak bölgeyi önemsedikleri bulunmuştur. Diğer çalışma koşulu özelliklerinin sıralamasının hekimlerin sosyo demografik özelliklere göre değişiklik gösterdiği görülmektedir (Tablo 28).

Tablo 29. Hekimleri Kırsal Bir Bölgede Çalışmaya Teşvik Edecek Unsurların Önem Derecesine Göre Sıralanması

	1. Sıra	2. Sıra	3. Sıra	4. Sıra	5. Sıra	6. Sıra	7. Sıra	Toplam	Puan	Sıralama
Ücret	54	30	12	4	1	0	0	101	171	1
Kreş	8	1	3	4	8	17	60	101	597	7
Altyapı	9	11	16	14	35	11	5	101	411	5
Eğitim	9	15	22	19	20	13	3	101	380	4
Lojman	2	3	9	19	17	36	15	101	517	6
İşyükü	6	22	18	28	9	11	7	101	376	3
Kariyer	11	24	23	11	11	12	9	101	362	2

Soru formunun 2. Bölümünde yer alan 19. Soru kapsamında hekimlerin araştırmaya dahil edilen çalışma koşulu özelliklerini önem derecesine göre sıralamaları istendiğinde ilk sırada ücretin, ikinci sırada kariyer fırsatının ve üçüncü sırada iş yükünün yer aldığı görülmüştür (Tablo 29).

Tablo 30. Hekimlerin Soru Setlerine İlişkin Değişkenler, Seviyeler, Beta Katsayıları ve Ödeme İstekliliği Hesaplamaları

Çalışma Koşulları	Seviyeler	Beta Katsayıları	Beta Katsayıları **	WTP-1	WTP-2**
1. Maaş	1. 6.000-10.999	1,829309*	0,0003499	1	1
	2. 11.000-15.999				
	3. 16.000-21.000				
2. Bölge	1. 1. Bölge				
	2. 6. Bölge	-3,060119*	-3,018914	-1,67282783	-8.627 TL
3. Kreş	1. Yok				
	2. Var	0,6150358*	0,593079	0,33621209	1.694 TL
4. Altyapı	1. Yetersiz				
	2. Yeterli	0,6537049*	0,687138	0,35735073	1.963 TL
5. Eğitim fırsatı	1. Yok				
	2. Var	0,855971*	0,8968191	0,4679204	2.563 TL
6. Lojman	1. Yok				
	2. Var	-0,04	-	-	-
7. İşyükü	1. 40 saatten fazla				
	2. Haftalık 40 saat	0,5752111*	0,5057698	0,31444174	1.445 TL
8. Kariyer fırsatı	1. Yok				
	2. Var	0,5963342*	0,6051909	0,32598877	1.729 TL

* $p < 0,05$

** Ücret değişkeni sürekli veri olarak girilerek hesaplamalar yapılmıştır.

Hekimlerin ödeme istekliliği hesaplamalarına göre 6. bölgede çalışmak için fazladan 8.627 TL istedikleri, kendilerine eğitim fırsatı sunulduğunda maaşlarının 2.563 TL, altyapı imkânları için 1.963 TL, kariyer fırsatı için 1.729 TL, kreş için 1.694 ve iş yükünün normal olması durumunda 1.445 TL ödemeye istekli oldukları bulunmuştur. Lojman değişkeni ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ($p > 0,05$ ($p=0,70$)) için WTP hesaplamalarına dahil edilmemiştir (Tablo 30).

Tablo 31. Hekimlerin Soru Setlerinde Yer Alan Alternatiflere İlişkin Tercihlerinin Dağılımı (N=126)

Grup	Soru Seti	1.Bölge		6.Bölge		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Grup	1	55	87,3	8	12,7	63	100
	2	49	77,8	14	22,2	63	100
	3	56	88,9	7	11,1	63	100
	4	63	100,0	0	0,0	63	100
	5	43	68,3	20	31,7	63	100
	6	56	88,9	7	11,1	63	100
	7	43	68,3	20	31,7	63	100
	8	62	98,4	1	1,6	63	100
	9	63	100,0	0	0,0	63	100
	10	40	63,5	23	36,5	63	100
	11	34	54,0	29	46,0	63	100
	12	52	82,5	11	17,5	63	100
	13	50	79,4	13	20,6	63	100
	14	54	85,7	9	14,3	63	100
	15	40	63,5	23	36,5	63	100
	16	63	100,0	0	0,0	63	100
	17	56	88,9	7	11,1	63	100
	18	62	98,4	1	1,6	63	100
2. Grup	1	44	69,8	19	30,2	63	100
	2	25	39,7	38	60,3	63	100
	3	55	87,3	8	12,7	63	100
	4	53	84,1	10	15,9	63	100
	5	59	93,7	4	6,3	63	100
	6	43	68,3	20	31,7	63	100
	7	27	42,9	36	57,1	63	100
	8	52	82,5	11	17,5	63	100
	9	56	88,9	7	11,1	63	100
	10	62	98,4	1	1,6	63	100
	11	56	88,9	7	11,1	63	100
	12	61	96,8	2	3,2	63	100
	13	63	100,0	0	0,0	63	100
	14	62	98,4	1	1,6	63	100
	15	60	95,2	3	4,8	63	100
	16	46	73,0	17	27,0	63	100
	17	39	61,9	24	38,1	63	100
	18	31	49,2	32	50,8	63	100
1.Grup + 2.Grup						126	100

Hekimlerin soru setlerinde yer alan alternatiflere ilişkin tercihlerinin dağılımına bakıldığında 1. grup soru formundaki 4, 9 ve 16. soru setindeki 1. alternatif (1. bölge) ile 2. grup soru formundaki 13. soru setindeki 1. alternatifin (1. bölge) %100 oranında tercih edildiği görülmektedir. 6. bölgeyi temsil eden 2. alternatif ise soru setlerinin hiçbirinde %100 oranında tercih edilmemiştir (Tablo 31).

Tablo 32. Soru Setlerinde Yer Alan Alternatiflere Göre Oluşturulan Teşvik Paketlerinin Hekimler Tarafından Seçilebilme Olasılığı

1. Grup Soru Formu

Teşvik Paketleri	1. Bölge
1. Paket	
Maaş= 13500	%98
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
2. Paket	
Maaş=18500	%99
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
3. Paket	
Maaş=13500	%93
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

4. Paket	
Maaş=18500	%100
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
5. Paket	
Maaş=8500	%72
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
6. Paket	
Maaş=13500	%65
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

7. Paket	
Maaş=8500	%89
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
8. Paket	
Maaş=13500	%73
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
9. Paket	
Maaş=18500	%100
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
10. Paket	
Maaş=13500	%95
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
11. Paket	
Maaş=13500	%88
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	

12. Paket	
Maaş=18500	%98
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
13. Paket	
Maaş=13500	%98
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
14. Paket	
Maaş=8500	%76
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
15. Paket	
Maaş=8500	%92
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
16. Paket	
Maaş=18500	%99
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

17. Paket	
Maaş=13500	%94
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
18. Paket	
Maaş=8500	%87
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

6. Bölge	
1. Paket	
Maaş= 13500	%85
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
2. Paket	
Maaş=18500	%95
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
3. Paket	
Maaş=13500	%44
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

4. Paket	
Maaş=8500	%11
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
5. Paket	
Maaş=13500	%49
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
6. Paket	
Maaş=8500	%38
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
7. Paket	
Maaş=13500	%66
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
8. Paket	
Maaş=13500	%28
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

9. Paket	
Maaş=8500	%22
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
10. Paket	
Maaş=18500	%85
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
11. Paket	
Maaş=18500	%90
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
12. Paket	
Maaş=18500	%79
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
13. Paket	
Maaş=18500	%82
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

14. Paket	
Maaş=8500	%36
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
15. Paket	
Maaş=18500	%90
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
16. Paket	
Maaş=8500	%17
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
17. Paket	
Maaş=13500	%51
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
18. Paket	
Maaş=8500	%4
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

2. Grup Soru Formu

1. Bölge	
1. Paket	
Maaş= 8500	%73
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
2. Paket	
Maaş=8500	%56
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
3. Paket	
Maaş=8500	%93
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
4. Paket	
Maaş=18500	%99
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
5. Paket	
Maaş=18500	%96
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

6. Paket	
Maaş=8500	%82
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
7. Paket	
Maaş=8500	%72
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
8. Paket	
Maaş=13500	%98
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
9. Paket	
Maaş=13500	%96
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
10. Paket	
Maaş=18500	%100
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

11. Paket	
Maaş=18500	%99
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
12. Paket	
Maaş=18500	%99
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
13. Paket	
Maaş=13500	%99
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
14. Paket	
Maaş=18500	%99
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
15. Paket	
Maaş=13500	%98
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

16. Paket	
Maaş=18500	%98
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
17. Paket	
Maaş=8500	%93
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
18. Paket	
Maaş=8500	%65
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

6. Bölge	
1. Paket	
Maaş= 13500	%56
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
2. Paket	
Maaş=18500	%83
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

3. Paket	
Maaş=8500	%33
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
4. Paket	
Maaş=18500	%79
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
5. Paket	
Maaş=8500	%8
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
6. Paket	
Maaş=13500	%41
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
7. Paket	
Maaş=18500	%82
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
8. Paket	
Maaş=18500	%71
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

9. Paket	
Maaş=13500	%39
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
10. Paket	
Maaş=8500	%14
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
11. Paket	
Maaş=8500	%35
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
12. Paket	
Maaş=8500	%8
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
13. Paket	
Maaş=13500	%18
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
14. Paket	
Maaş=13500	%39
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	

15. Paket	
Maaş=8500	%50
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
16. Paket	
Maaş=18500	%87
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

17. Paket	
Maaş=18500	%89
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
18. Paket	
Maaş=13500	%66
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

Soru setlerinde yer alan ve farklı çalışma koşulu özellikleri içeren alternatiflere göre oluşturulan teşvik paketlerinin hekimler tarafından seçilebilme olasılıkları hesaplandığında; 1. grup soru formunda yer alan 1. bölge için maaş 18.500 TL, kreş, yeterli altyapı, eğitim fırsatı ve normal iş yükünün sunulduğu 4. paket ile yine maaşın 18.500 TL, yeterli altyapı, eğitim ve kariyer fırsatının sunulduğu 9. paket, 2. grupta ise maaşın 18.500 TL, yeterli altyapı, eğitim ve fırsatlarının olduğu 10. paketin %100 olasılıkla seçildiği görülmüştür (Tablo 32).

Tablo 33. Hekimler İçin Teşvik Paketi Önerileri ve Tercih Edilebilme Olasılığı

	1. Bölge	6. Bölge		
1. Paket				
Maaş= 8500	%89	%50		
Kreş				
Altyapı yeterli				
Eğitim fırsatı				
Kariyer fırsatı				
İşyükü normal				
2. Paket				
Maaş=13500	%98	%85		
Kreş				
Altyapı yeterli				
Eğitim fırsatı				
Kariyer fırsatı				
İşyükü normal				
3. Paket				
Maaş=18500	%100	%97		
Kreş				
Altyapı yeterli				
Eğitim fırsatı				
Kariyer fırsatı				
İşyükü normal				
4. Paket				
Maaş=18500	%96	%55		
5. Paket				
Maaş=25000	%100	%92		
6. Paket				
Maaş=34000	%100	%100		
7. Paket				
Maaş=8500	%43	%4		
8. Paket				
Maaş=8500	%65	%8		
Eğitim fırsatı				
9. Paket				
Maaş=8500	%58	%6		
Kreş				
10. Paket				
Maaş=8500	%60	%7		
Altyapı yeterli				
11. Paket				
Maaş=8500	%56	%6		
İşyükü normal				
12. Paket				
Maaş=8.500	%58	%6		
Kariyer fırsatı				
13. Paket				
Maaş=13500	%92	%34		
Eğitim fırsatı				
14. Paket				
Maaş=13500	%99	%86		
Eğitim fırsatı				
Altyapı yeterli				
15. Paket				
Maaş=13500	%99	%82		
Kariyer fırsatı				
Kreş				
16. Paket				
Maaş=13500	%93	%39		
Kariyer fırsatı				
İşyükü normal				

Politika yapıcılar için farklı teşvik paketleri hazırlandığında çalışma koşullarına ait özelliklerin hekimlerin kırsal bölgede çalışmayı tercih etme olasılıklarını değiştirdiği gözlenmektedir. Diğer tüm değişkenler sabitken sadece maaşın 8.500 TL'den 13.500 TL'ye çıkması kırsal bölgede çalışma olasılığını %50'den %85'e çıkarmaktadır. Hekimlerin diğer teşvik unsurları olmadan sadece maaş ile 6. Bölgeyi %100 olasılıkla tercih etmeleri için maaşın en az 34.000 olması gerekmektedir (Tablo 33).

Tablo 34. Hekimleri Kırsal Bölgelerde Çalışmaya Teşvik Edebilecek Diğer Özendiriciler

Hekimler Tarafından Önerilen Teşvikler	Kişi Sayısı
Daha fazla ücret verilmeli (tazminat, ek ödeme, yıpranma payı vb.)	16
Sosyal hayata ilişkin imkânlar artırılmalı	13
Güvenli çalışma ortamı sağlanmalı	6
Halkın eğitilmesi, bilinçlendirilmesi sağlanması	5
Ulaşım (servis vb.) imkânı sağlanmalı	5
Kırsal bölgelerin gelişmişlik düzeyi artırılmalı	5
Altyapı ve insan kaynağı artırılmalı	5
Adaletli bir çalışma ortamı sağlanmalı	5
Aile bütünlüğü korunmalı	4
Doğu illeri için kısa süreli sözleşmeli istihdam olabilir	4
Ailesi kırsal bölgede olanlara atama ve nakillerde kolaylık sağlanmalı	4
Çalışma koşulları iyileştirilmeli	4
Mecburi hizmetten sonra istenen yere atama yapılmalı	4
Tüm hekimlere sırayla 5 ve 6. bölgede mecburi hizmet yaptırılmalı	4
1, 2, 3 ve 4. bölgelerde mecburi hizmet yapılmasına izin verilmemeli	3
Mecburi hizmet dışında hiçbir teşvik etkili olmaz	3
Senelik izin süresi artırılmalı	3
Şiddet vakalarının azaltılmasına yönelik yasal önlemler sağlanmalı	2
Esnek çalışma saatleri uygulanmalı	2
Havalimanı sağlanmalı	2
Kreş ile birlikte lojman sağlanmalı	2

Çalışmada, hekimlerin 1. ve 6. bölgelerde çalışmaları konusundaki tercihlerinin hangi çalışma koşullarından ne ölçüde etkilendiğini belirlemenin yanı sıra Tablo 34'de görüldüğü üzere onları kırsal bölgelerde çalışmaya teşvik edecek başka çalışma koşullarının olup olmadığını belirlemek için anketin 2. Bölümünde açık uçlu bir soruya da yer verilmiş (20. Soru) ve ilk sırada yine ücrete vurgu yapıldığı, ikinci sırada sosyal hayata ilişkin imkânlar ve üçüncü sırada güvenli çalışma ortamının sağlanması şeklinde cevapların verildiği görülmüştür (Tablo 34).

5.2. HEMŞİRELERE AİT BULGULAR

Araştırmaya katılım gösteren hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular aşağıda Tablo 35'te özetlenmiştir. Tabloya göre araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu oluşturan gruplar; kadın, 30 yaş ve altında, evli, altıncı bölgeden, lisans mezunu, üniversiteyi birinci bölgede okumuş, çocuklu, ailesi ile birlikte, kendi evinde oturuyor, meslekteki deneyimi, 1-10 yıl arasında, bulunduğu şehirdeki ve hastanedeki süresi 1 ve altında, geliri 3.751 TL ve üstü, toplam aile gelir 9.999'un altında, ikinci ya da üçüncü kurumda çalışmakta, gündüz + nöbet mesai şekline sahip, haftalık çalışma saati 40'ın üzerinde, idari görevi yok, kadro durumu 657 4/A, kırsal bölge deneyimi yok, sağlık durumu iyi ve bir kronik hastalığı yok olarak bulunmuştur.

Tablo 35. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=218)

	Kategori	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	175	80,3
	Erkek	43	19,7
Yaş	30 Yaş ve Altı	95	43,6
	31-40 Yaş	76	34,8
	41 Yaş ve Üstü	47	21,6
Medeni Durum	Bekâr	70	32,1
	Evli	148	67,9
Memleket	1. Bölge	40	18,3
	2. Bölge	31	14,2
	3. Bölge	17	7,8
	4. Bölge	16	7,3
	5. Bölge	23	10,6
	6. Bölge	83	38,1
	Yurt Dışı	1	0,5
	Belirtmeyen	7	3,2

Eğitim Durumu	Lise	15	6,9
	Ön Lisans	48	22,0
	Lisans	144	66,1
	Yüksek Lisans ve Üzeri	11	5,0
Üniversite	1. Bölge	63	28,9
	2. Bölge	23	10,6
	3. Bölge	27	12,4
	4. Bölge	6	2,8
	5. Bölge	30	13,8
	6. Bölge	53	24,3
	Açık öğretim	14	6,4
	Belirtmeyen	2	0,9
Çocuk	Yok	89	40,8
	Var	129	59,2
Aileden Ayrı Olma Durumu (Evli)	Hayır	125	84,5
	Evet	21	14,2
	Belirtmeyen	2	1,4
Oturulan Evin Mülkiyeti	Lojman	10	4,6
	Kira	90	41,3
	Kendi Evi	97	44,5
	Otel/Misafirhane	4	1,8
	Diğer	17	7,8
Aylık Gelir	3.750 ve altı	67	30,7
	3.751 ve üstü	143	65,6
	Belirtmeyen	8	3,7
Toplam Aile Geliri	9.999 ve altı	103	47,2
	10.000 ve üstü	26	11,9
	Belirtmeyen	89	40,8
Meslekte Çalışma Süresi	1-10 Yıl	112	51,4
	11-20 Yıl	70	32,1
	21-30 Yıl	34	15,6
	31 Yıl ve Üzeri	2	0,9

Bulunduğu Şehirde Çalışma Süresi	1 Yıl ve Altı	55	25,2
	2-9 Yıl	94	43,1
	10 Yıl ve Üzeri	69	31,7
Bulunduğu Hastanede Çalışma Süresi	1 Yıl ve Altı	63	28,9
	2-9 Yıl	103	47,2
	10 Yıl ve Üzeri	52	23,9
Çalıştığı Kurum Sayısı	İlk kurum	62	28,4
	2-3	89	40,8
	4 ve üzeri	67	30,8
Mesai Şekli	Sadece Gündüz	36	16,5
	Gündüz + Nöbet	178	81,7
	Sadece Gece	4	1,8
	Diğer	0	0,0
Haftalık Ortalama Çalışma Saati	40 saat ve altı	53	24,3
	41-71 arası	147	67,4
	72 ve üstü	16	7,3
	Belirtmeyen	2	0,9
İdari Görev Olma Durumu	Yok	186	85,3
	Var	32	14,7
Kadro durumu	657 4/A	150	68,8
	Sözleşmeli	68	31,2
Kırsal Bölge Deneyimi	Yok	133	61,0
	Var	85	39,0
Genel Sağlık Durumu	Çok Kötü	3	1,4
	Kötü	13	6,0
	Orta	78	35,8
	İyi	102	46,8
	Çok iyi	22	10,1
Kronik Hastalık Bulunma Durumu	Yok	181	83,0
	Var	37	17,0

Tablo 36. Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular (N=218)

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Ortalama	Bölge	-0,9591	0,047	-20,57	<0,001	(-1,05 -0,87)
	Ücret	1,0181	0,079	12,94	<0,001	(0,86 1,17)
	Kreş	0,2278	0,063	3,59	<0,001	(0,10 0,35)
	Altyapı	0,3847	0,068	5,64	<0,001	(0,25 0,52)
	Eğitim	0,2683	0,085	3,17	0,002	(0,10 0,43)
	Lojman	0,2514	0,062	4,08	<0,001	(0,13 0,37)
	İşyükü	0,3627	0,079	4,61	<0,001	(0,21 0,52)
	Kariyer	0,2393	0,061	3,91	<0,001	(0,12 0,36)
SS	Ücret	0,8506	0,080	10,61	<0,001	(0,69 1,01)
	Kreş	0,4147	0,104	3,97	<0,001	(0,21 0,62)
	Altyapı	0,0082	0,205	0,04	0,968	(-0,39 0,41)
	Eğitim	-0,6259	0,115	-5,44	<0,001	(-0,85 -0,40)
	Lojman	0,0053	0,116	0,05	0,963	(-0,22 0,23)
	İşyükü	-0,0163	0,149	-0,11	0,913	(-0,31 0,28)
	Kariyer	0,1983	0,167	1,18	0,236	(-0,13 0,53)

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,01'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Hemşirelerin daha sonra tercihlerini -0,95'lik (1=kentsel bölge ve 2=kırsal bölgeyi temsil etmektedir) β katsayısı ile bölgeyi önemsedikleri belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin kırsal bölgede çalışmayı tercih etme olasılıkları kentsel bölgeden daha düşüktür. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı, lojman, kariyer fırsatı ve kreştir (Tablo 36).

Tablo 37. Hemşirelerin Buldukları ile Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Ankara (n= 68)	Bölge	-2,592	0,183	-14,16	<0,001	(-2,95 -2,23)
	Ücret	1,142	0,176	6,49	<0,001	(0,80 1,49)
	Kreş	0,105	0,154	0,68	0,498	(-0,20 0,41)
	Altyapı	0,419	0,190	2,20	0,028	(0,05 0,79)
	Eğitim	0,637	0,244	2,62	0,009	(0,16 1,12)
	Lojman	0,370	0,154	2,41	0,016	(0,07 0,67)
	İşyükü	0,703	0,218	3,23	<0,001	(0,28 1,13)
	Kariyer	0,345	0,143	2,42	0,016	(0,07 0,62)
Ağrı (n= 150)	Bölge	-0,514	0,051	-10,15	<0,001	(-0,61 -0,42)
	Ücret	1,124	0,101	11,13	<0,001	(0,93 1,32)
	Kreş	0,304	0,078	3,89	<0,001	(0,15 0,46)
	Altyapı	0,418	0,079	5,27	<0,001	(0,26 0,57)
	Eğitim	0,246	0,096	2,57	0,010	(0,06 0,43)
	Lojman	0,252	0,074	3,40	<0,001	(0,11 0,40)
	İşyükü	0,323	0,094	3,44	<0,001	(0,14 0,51)
	Kariyer	0,263	0,079	3,32	<0,001	(0,11 0,42)

Araştırmaya katılan ve Ankara’da çalışan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,59’luk β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, eğitim fırsatı, altyapı, lojman ve kariyer fırsatıdır. Araştırmaya Ağrı’den katılan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken ise 1,12’lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, kreş, lojman, eğitim fırsatı ve kariyer fırsatıdır. Çalışma koşulları ile ilgili değişkenler arasında sadece kreş değişkeninin ($p=0,498$) Ankara’da çalışan hemşirelerin tercihleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur (Tablo 37).

Tablo 38. Hemşirelerin Cinsiyete Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Kadın (n=175)	Bölge	-1,017	0,052	-19,73	<0,001	(-1,12 -0,92)
	Ücret	0,864	0,074	11,64	<0,001	(0,72 1,01)
	Kreş	0,223	0,071	3,14	0,002	(0,08 0,36)
	Altyapı	0,328	0,075	4,37	<0,001	(0,18 0,47)
	Eğitim	0,277	0,095	2,92	0,003	(0,09 0,46)
	Lojman	0,238	0,067	3,55	<0,001	(0,11 0,37)
	İşyükü	0,370	0,087	4,26	<0,001	(0,20 0,54)
	Kariyer	0,290	0,066	4,40	<0,001	(0,16 0,42)
Erkek (n= 43)	Bölge	-0,715	0,110	-6,48	<0,001	(-0,93 -0,50)
	Ücret	1,954	0,313	6,23	<0,001	(1,34 2,57)
	Kreş	0,311	0,150	2,07	0,038	(0,02 0,61)
	Altyapı	0,654	0,167	3,92	<0,001	(0,33 0,98)
	Eğitim	0,295	0,211	1,40	0,162	(-0,12 0,71)
	Lojman	0,327	0,164	2,00	0,046	(0,01 0,65)
	İşyükü	0,384	0,193	1,99	0,047	(0,01 0,76)
	Kariyer	-0,006	0,188	-0,03	0,975	(-0,38 0,36)

Kadın hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,01'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, altyapı, kariyer fırsatı, eğitim fırsatı ve lojmandır. Erkek hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken ise 1,95'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, lojman, kreştir. Eğitim fırsatı ($p=0,162$) ve kariyer fırsatı ($p=0,975$) değişkenleri erkek hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 38).

Tablo 39. Hemşirelerin Yaşa Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
30 Yaş ve Altı (n= 95)	Bölge	-0,815	0,071	-11,41	<0,001	(-0,96 -0,68)
	Ücret	1,175	0,132	8,91	<0,001	(0,92 1,43)
	Kreş	0,364	0,115	3,17	0,002	(0,14 0,59)
	Altyapı	0,447	0,107	4,19	<0,001	(0,24 0,66)
	Eğitim	0,485	0,132	3,68	<0,001	(0,23 0,74)
	Lojman	0,193	0,099	1,95	0,052	(0,00 0,39)
	İşyükü	0,364	0,126	2,89	0,004	(0,12 0,61)
	Kariyer	0,510	0,116	4,38	<0,001	(0,28 0,74)
31-40 Yaş Arası (n= 76)	Bölge	-1,004	0,082	-12,30	<0,001	(-1,16 -0,84)
	Ücret	1,217	0,148	8,25	<0,001	(0,93 1,51)
	Kreş	0,162	0,113	1,43	0,153	(-0,06 0,39)
	Altyapı	0,376	0,118	3,18	<0,001	(0,14 0,61)
	Eğitim	0,190	0,158	1,20	0,229	(-0,12 0,50)
	Lojman	0,392	0,108	3,62	<0,001	(0,18 0,61)
	İşyükü	0,320	0,136	2,34	0,019	(0,05 0,59)
	Kariyer	0,152	0,103	1,47	0,141	(-0,05 0,35)
41 Yaş ve Üstü (n= 47)	Bölge	-1,238	0,096	-12,87	<0,001	(-1,43 -1,05)
	Ücret	0,570	0,123	4,65	<0,001	(0,33 0,81)
	Kreş	0,104	0,118	0,88	0,377	(-0,13 0,34)
	Altyapı	0,295	0,143	2,07	0,039	(0,02 0,57)
	Eğitim	0,047	0,163	0,29	0,774	(-0,27 0,37)
	Lojman	0,191	0,132	1,45	0,146	(-0,07 0,45)
	İşyükü	0,435	0,165	2,63	0,009	(0,11 0,76)
	Kariyer	-0,064	0,126	-0,51	0,609	(-0,31 0,18)

30 yaş ve altı hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,17'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, kariyer fırsatı, eğitim fırsatı, altyapı, İşyükü ve kreştir. 31-40 yaş arasındaki hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili

tercihlerini yaparken ise 1,21'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, lojman, altyapı ve iş yüküdür. 31 yaş ve üstü hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,23'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü ve altyapıdır. Lojman değişkeni 30 yaş ve altı ($p=0,052$) ve 41 yaş ve üstü ($p=0,146$), eğitim fırsatı 31-40 yaş arası ($p=0,229$) ve 41 yaş ve üstü ($p=0,774$), kariyer fırsatı 31-40 yaş arası ($p=0,141$) ve 41 yaş ve üstü ($p=0,609$), kreş değişkeni 31-40 yaş arası ($p=0,153$) ve 41 yaş ve üstü ($p=0,377$) hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 39).

Tablo 40. Hemşirelerin Memleketlerinin Bulunduğu Bölgeye Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
1 ve 2. Bölge (n=71)	Bölge	-1,815	0,136	-13,34	<0,001	(-2,08 -1,55)
	Ücret	1,185	0,169	7,03	<0,001	(0,86 1,52)
	Kreş	0,324	0,162	2,00	0,046	(0,01 0,64)
	Altyapı	0,424	0,155	2,74	0,006	(0,12 0,73)
	Eğitim	0,277	0,190	1,46	0,145	(-0,10 0,65)
	Lojman	0,502	0,137	3,66	<0,001	(0,23 0,77)
	İşyükü	0,317	0,173	1,83	0,067	(-0,02 0,66)
	Kariyer	0,470	0,150	3,13	0,002	(0,18 0,76)
3 ve 4. Bölge (n=33)	Bölge	-2,228	0,245	-9,10	<0,001	(-2,71 -1,75)
	Ücret	1,649	0,351	4,70	<0,001	(0,96 2,34)
	Kreş	0,503	0,285	1,77	0,077	(-0,06 1,06)
	Altyapı	0,552	0,293	1,88	0,060	(-0,02 1,13)
	Eğitim	0,941	0,360	2,62	0,009	(0,24 1,65)
	Lojman	0,566	0,218	2,59	0,009	(0,14 0,99)
	İşyükü	0,295	0,279	1,06	0,291	(-0,25 0,84)
	Kariyer	0,421	0,214	1,97	0,048	(0,00 0,84)
5 ve 6. Bölge (n= 106)	Bölge	-0,454	0,058	-7,87	<0,001	(-0,57 -0,34)
	Ücret	1,001	0,111	9,04	<0,001	(0,78 1,22)
	Kreş	0,236	0,078	3,01	<0,003	(0,08 0,39)
	Altyapı	0,386	0,091	4,25	<0,001	(0,21 0,56)
	Eğitim	0,191	0,112	1,70	0,089	(-0,03 0,41)
	Lojman	0,146	0,083	1,76	0,079	(-0,02 0,31)
	İşyükü	0,426	0,107	3,99	<0,001	(0,22 0,64)
	Kariyer	0,166	0,084	1,97	0,049	(0,00 0,33)

Memleketleri 1 ve 2. bölgeden olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,81'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, lojman, kariyer fırsatı, altyapı ve kreştir. Memleketleri 3 ve 4. bölgeden olan hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -2,22'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere

göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, lojman ve kariyer fırsatıdır. Memleketleri 4 ve 5. bölgeden olan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,00'lık β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise bölge, iş yükü, altyapı, kreş ve kariyer fırsatıdır. Kreş değişkeni ($p=0,077$) memleketleri 3 ve 4. bölgeden, eğitim fırsatı memleketleri 1 ve 2. bölge ($p=0,145$) ile 5 ve 6. bölgeden ($p=0,089$), iş yükü memleketleri 1 ve 2. bölge ($p=0,067$) ile 3 ve 4. bölgeden ($p=0,291$), altyapı ($p=0,060$) memleketleri 3 ve 4. bölgeden ve lojman değişkeni ($p=0,079$) memleketleri 5 ve 6. bölgeden olan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 40).

Tablo 41. Hemşirelerin Memleketlerinin Merkez veya Taşra Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Merkez (n= 154)	Bölge	-0,947	0,056	-16,87	<0,001	(-1,06 -0,84)
	Ücret	1,036	0,096	10,81	<0,001	(0,85 1,22)
	Kreş	0,219	0,079	2,78	0,005	(0,07 0,37)
	Altyapı	0,422	0,082	5,15	<0,001	(0,26 0,58)
	Eğitim	0,218	0,107	2,03	0,042	(0,01 0,43)
	Lojman	0,238	0,074	3,22	<0,001	(0,09 0,38)
	İşyükü	0,450	0,095	4,75	<0,001	(0,26 0,64)
	Kariyer	0,296	0,074	4,00	<0,001	(0,15 0,44)
Taşra (n= 60)	Bölge	-0,988	0,085	-11,63	<0,001	(-1,16 -0,82)
	Ücret	0,914	0,137	6,69	<0,001	(0,65 1,18)
	Kreş	0,216	0,106	2,04	0,041	(0,01 0,42)
	Altyapı	0,284	0,130	2,18	0,029	(0,03 0,54)
	Eğitim	0,403	0,136	2,97	0,003	(0,14 0,67)
	Lojman	0,245	0,114	2,15	0,032	(0,02 0,47)
	İşyükü	0,157	0,147	1,07	0,286	(-0,13 0,45)
	Kariyer	0,078	0,110	0,71	0,476	(-0,14 0,29)

Memleketleri merkez olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,03'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, iş yükü, altyapı, kariyer fırsatı, lojman, eğitim fırsatı ve kreşdir. Memleketleri taşra olan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -0,98'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı, kreş ve lojmandır. İşyükü ($p=0,286$) ve kariyer fırsatı ($p=0,476$) değişkenleri memleketleri taşra olan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 41).

Tablo 42. Hemşirelerin Üniversiteyi Okudukları İlin Bulunduğu Bölgeye Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
1 ve 2. Bölge (n=71)	Bölge	-1,506	0,102	-14,80	<0,001	(-1,71 -1,31)
	Ücret	1,019	0,131	7,80	<0,001	(0,76 1,28)
	Kreş	0,275	0,119	2,31	0,021	(0,04 0,51)
	Altyapı	0,407	0,125	3,25	<0,001	(0,16 0,65)
	Eğitim	0,401	0,161	2,48	0,013	(0,08 0,72)
	Lojman	0,269	0,106	2,53	0,011	(0,06 0,48)
	İşyükü	0,412	0,145	2,83	0,005	(0,13 0,70)
	Kariyer	0,314	0,104	3,02	0,003	(0,11 0,52)
3 ve 4. Bölge (n=33)	Bölge	-1,392	0,156	-8,91	<0,001	(-1,70 -1,09)
	Ücret	1,056	0,215	4,90	<0,001	(0,63 1,48)
	Kreş	0,367	0,241	1,52	0,128	(-0,11 0,84)
	Altyapı	0,526	0,227	2,32	0,020	(0,08 0,97)
	Eğitim	0,530	0,275	1,93	0,054	(-0,01 1,07)
	Lojman	0,284	0,193	1,47	0,142	(-0,10 0,66)
	İşyükü	0,186	0,237	0,79	0,432	(-0,28 0,65)
	Kariyer	0,325	0,220	1,48	0,139	(-0,11 0,76)

5 ve 6. Bölge (n= 106)	Bölge	-0,327	0,067	-4,91	<0,001	(-0,46 -0,20)
	Ücret	1,254	0,143	8,76	<0,001	(0,97 1,54)
	Kreş	0,257	0,096	2,68	0,007	(0,07 0,45)
	Altyapı	0,415	0,105	3,95	<0,001	(0,21 0,62)
	Eğitim	0,246	0,126	1,96	0,050	(0,00 0,49)
	Lojman	0,288	0,100	2,88	0,004	(0,09 0,48)
	İşyükü	0,468	0,126	3,73	<0,001	(0,22 0,71)
	Kariyer	0,219	0,106	2,06	0,039	(0,01 0,43)

Üniversiteyi okudukları il 1 ve 2. bölgeden olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,50'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, altyapı, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı, kreş ve lojmandır. Üniversiteyi okudukları il 3 ve 4. bölgeden olan hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,39'luk β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret ve altyapıdır. Üniversiteyi okudukları il 4 ve 5. bölgeden olan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,25'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise iş yükü, bölge, altyapı, kreş ve kariyer fırsatıdır. Kreş değişkeni ($p=0,128$) 3 ve 4. bölgeden, eğitim fırsatı 3 ve 4. bölge ($p=0,054$) ile 5 ve 6. bölgeden ($p=0,050$), iş yükü ($p=0,432$) 3 ve 4. bölgeden, kariyer fırsatı ($p=0,139$) 3 ve 4. bölgeden ve lojman değişkeni ($p=0,142$) 3 ve 4. bölgeden olan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 42).

Tablo 43. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Lise ve Ön Lisans (n= 63)	Bölge	-0,828	0,081	-10,17	<0,001	(-0,99 -0,67)
	Ücret	0,856	0,128	6,67	<0,001	(0,61 1,11)
	Kreş	0,366	0,114	3,21	<0,001	(0,14 0,59)
	Altyapı	0,394	0,122	3,23	<0,001	(0,16 0,63)
	Eğitim	0,259	0,156	1,65	0,098	(-0,05 0,57)
	Lojman	0,448	0,110	4,09	<0,001	(0,23 0,66)
	İşyükü	0,173	0,143	1,21	0,227	(-0,11 0,45)
	Kariyer	0,151	0,107	1,41	0,157	(-0,06 0,36)
Lisans ve Lisansüstü (n= 63)	Bölge	-1,023	0,057	-17,92	<0,001	(-1,14 -0,91)
	Ücret	1,097	0,100	10,99	<0,001	(0,90 1,29)
	Kreş	0,167	0,076	2,18	0,029	(0,02 0,32)
	Altyapı	0,369	0,083	4,46	<0,001	(0,21 0,53)
	Eğitim	0,280	0,100	2,79	0,005	(0,08 0,48)
	Lojman	0,168	0,075	2,24	0,025	(0,02 0,32)
	İşyükü	0,436	0,095	4,59	<0,001	(0,25 0,62)
	Kariyer	0,274	0,075	3,63	<0,001	(0,13 0,42)

Lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 0,85'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; bölge, lojman, altyapı ve kreştir. Eğitim durumu lisans ve lisansüstü olan hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,09'luk β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, iş yükü, altyapı, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı, lojman ve kreştir. Ayrıca, eğitim fırsatı ($p=0,098$), iş yükü ($p=0,227$) ve kariyer fırsatı ($p=0,157$) değişkenleri lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 43).

Tablo 44. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Bekar (n= 70)	Bölge	-0,899	0,084	-10,73	<0,001	(-1,06 -0,74)
	Ücret	1,132	0,163	6,94	<0,001	(0,81 1,45)
	Kreş	0,186	0,102	1,83	0,068	(-0,01 0,39)
	Altyapı	0,502	0,133	3,79	<0,001	(0,24 0,76)
	Eğitim	0,233	0,145	1,61	0,108	(-0,05 0,52)
	Lojman	0,193	0,117	1,65	0,098	(-0,04 0,42)
	İşyükü	0,334	0,142	2,36	0,018	(0,06 0,61)
	Kariyer	0,541	0,140	3,87	<0,001	(0,27 0,81)
Evli (n= 148)	Bölge	-1,013	0,057	-17,75	<0,001	(-1,13 -0,90)
	Ücret	1,009	0,093	10,83	<0,001	(0,83 1,19)
	Kreş	0,263	0,083	3,17	0,002	(0,10 0,43)
	Altyapı	0,342	0,083	4,11	<0,001	(0,18 0,51)
	Eğitim	0,301	0,108	2,79	0,005	(0,09 0,51)
	Lojman	0,287	0,075	3,84	<0,001	(0,14 0,43)
	İşyükü	0,385	0,097	3,99	<0,001	(0,20 0,57)
	Kariyer	0,119	0,072	1,65	0,100	(-0,02 0,26)

Bekar hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,13'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; bölge, kariyer fırsatı, altyapı ve iş yüküdür. Evli hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,01'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, altyapı, eğitim fırsatı, lojman ve kreştir. Kreş ($p=0,068$), eğitim fırsatı ($p=0,108$), lojman ($p=0,098$) değişkenleri lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin, kariyer fırsatı ($p=0,100$) değişkeni lisans ve lisansüstü eğitimi olan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 44).

Tablo 45. Hemşirelerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Çocuk Sahibi Değil (n= 89)	Bölge	-0,722	0,068	-10,58	<0,001	(-0,86 -0,59)
	Ücret	1,022	0,126	8,12	<0,001	(0,78 1,27)
	Kreş	0,145	0,086	1,68	0,094	(-0,02 0,31)
	Altyapı	0,396	0,107	3,70	<0,001	(0,19 0,61)
	Eğitim	0,314	0,125	2,51	0,012	(0,07 0,56)
	Lojman	0,180	0,099	1,81	0,071	(-0,02 0,38)
	İşyükü	0,326	0,121	2,69	0,007	(0,09 0,56)
	Kariyer	0,455	0,116	3,92	<0,001	(0,23 0,68)
Çocuklu (n= 129)	Bölge	-1,173	0,066	-17,86	<0,001	(-1,30 -1,04)
	Ücret	1,078	0,108	9,98	<0,001	(0,87 1,29)
	Kreş	0,314	0,095	3,29	<0,001	(0,13 0,50)
	Altyapı	0,384	0,093	4,14	<0,001	(0,20 0,57)
	Eğitim	0,253	0,121	2,08	0,037	(0,02 0,49)
	Lojman	0,337	0,083	4,06	<0,001	(0,17 0,50)
	İşyükü	0,393	0,107	3,67	<0,001	(0,18 0,60)
	Kariyer	0,115	0,080	1,44	0,149	(-0,04 0,27)

Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,02'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; bölge, kariyer fırsatı, altyapı, İşyükü ve eğitim fırsatıdır. Çocuk sahibi olan hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,17'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, altyapı, lojman, kreş ve eğitim fırsatıdır. Kreş ($p=0,094$) ve lojman ($p=0,071$) değişkenleri çocuksuz hemşirelerin, kariyer fırsatı ($p=0,149$) çocuk sahibi olan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 45).

Tablo 46. Hemşirelerin İkamet Ettikleri Evin Mülkiyet Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)	
Kendi Evi (n= 97)	Bölge	-1,034	0,074	-13,97	<0,001	(-1,18	-0,89)
	Ücret	1,060	0,125	8,47	<0,001	(0,82	1,31)
	Kreş	0,219	0,094	2,35	0,019	(0,04	0,40)
	Altyapı	0,366	0,106	3,45	<0,001	(0,16	0,57)
	Eğitim	0,163	0,136	1,20	0,229	(-0,10	0,43)
	Lojman	0,188	0,093	2,02	0,043	(0,01	0,37)
	İşyükü	0,489	0,119	4,12	<0,001	(0,26	0,72)
	Kariyer	0,232	0,091	2,54	0,011	(0,05	0,41)
Diğer (n= 121)	Bölge	-0,918	0,062	-14,92	<0,001	(-1,04	-0,80)
	Ücret	1,007	0,104	9,72	<0,001	(0,80	1,21)
	Kreş	0,245	0,088	2,78	0,006	(0,07	0,42)
	Altyapı	0,398	0,091	4,37	<0,001	(0,22	0,58)
	Eğitim	0,356	0,110	3,24	<0,001	(0,14	0,57)
	Lojman	0,300	0,084	3,60	<0,001	(0,14	0,46)
	İşyükü	0,267	0,106	2,51	0,012	(0,06	0,48)
	Kariyer	0,250	0,086	2,92	0,003	(0,08	0,42)

Kendi evinde ikamet eden hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,05'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; bölge, iş yükü, altyapı, kariyer fırsatı, kreş ve lojmandır. Kendi evinde ikamet etmeyen hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,00'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, eğitim fırsatı, lojman, iş yükü, kariyer fırsatı ve kreştir. Eğitim fırsatı ($p=0,229$) değişkeninin kendi evinde ikamet eden hemşirelerin tercihleri üzerinde istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 46).

Tablo 47. Hemşirelerin Aylık Ortalama Gelir Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
3.750 ve Altı (n= 67)	Bölge	-1,141	0,093	-12,22	<0,001	(-1,32 -0,96)
	Ücret	0,999	0,153	6,51	<0,001	(0,70 1,30)
	Kreş	0,311	0,122	2,56	0,010	(0,07 0,55)
	Altyapı	0,448	0,131	3,41	<0,001	(0,19 0,71)
	Eğitim	0,362	0,156	2,32	0,020	(0,06 0,67)
	Lojman	0,260	0,113	2,31	0,021	(0,04 0,48)
	İşyükü	0,524	0,148	3,54	<0,001	(0,23 0,81)
	Kariyer	0,222	0,110	2,03	0,042	(0,01 0,44)
3.751 ve Üstü (n= 143)	Bölge	-0,888	0,056	-15,90	<0,001	(-1,00 -0,78)
	Ücret	0,986	0,093	10,65	<0,001	(0,80 1,17)
	Kreş	0,187	0,075	2,48	0,013	(0,04 0,33)
	Altyapı	0,393	0,083	4,75	<0,001	(0,23 0,56)
	Eğitim	0,251	0,103	2,44	0,015	(0,05 0,45)
	Lojman	0,235	0,076	3,08	0,002	(0,09 0,39)
	İşyükü	0,301	0,096	3,14	0,002	(0,11 0,49)
	Kariyer	0,238	0,078	3,04	0,002	(0,09 0,39)

Aylık geliri 3.750 TL ve altı olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,14'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; ücret, iş yükü, altyapı, eğitim fırsatı, kreş, lojman ve kariyer fırsatıdır. Aylık geliri 3.751 TL ve üstü olan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 0,98'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı, kreş, lojman ve kariyer fırsatıdır (Tablo 47).

Tablo 48. Hemşirelerin Aylık Ortalama Toplam Hane Halkı Gelir Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
6.000 ve Altı (n= 45)	Bölge	-1,443	0,133	-10,83	<0,001	(-1,70 -1,18)
	Ücret	1,144	0,208	5,51	<0,001	(0,74 1,55)
	Kreş	0,189	0,139	1,36	0,174	(-0,08 0,46)
	Altyapı	0,496	0,195	2,54	0,011	(0,11 0,88)
	Eğitim	0,029	0,196	0,15	0,882	(-0,36 0,41)
	Lojman	0,297	0,151	1,97	0,049	(0,00 0,59)
	İşyükü	0,324	0,185	1,75	0,080	(-0,04 0,69)
	Kariyer	0,156	0,142	1,10	0,270	(-0,12 0,43)
6.001 ve Üstü (n= 84)	Bölge	-0,961	0,074	-12,95	<0,001	(-1,11 -0,82)
	Ücret	0,868	0,107	8,15	<0,001	(0,66 1,08)
	Kreş	0,388	0,121	3,19	<0,001	(0,15 0,63)
	Altyapı	0,349	0,109	3,21	<0,001	(0,14 0,56)
	Eğitim	0,370	0,143	2,58	0,010	(0,09 0,65)
	Lojman	0,256	0,097	2,64	0,008	(0,07 0,45)
	İşyükü	0,450	0,129	3,47	<0,001	(0,20 0,70)
	Kariyer	0,268	0,096	2,80	0,005	(0,08 0,46)

Aylık hane halkı geliri 6.000 ve altı olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,44'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; ücret, altyapı ve lojmandır. Aylık hane halkı geliri 6.001 ve üstü olan hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -0,96'lık β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, kreş, eğitim fırsatı, altyapı, kariyer fırsatı ve lojmandır. Kreş ($p=0,174$), eğitim fırsatı ($p=0,882$), iş yükü ($p=0,080$) ve kariyer fırsatı ($p=0,270$) aylık hane halkı geliri 6.000 ve altı olan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 48).

Tablo 49. Hemşirelerin Buldukları Şehirdeki Çalışma Sürelerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
1 Yıl ve Altı (n=55)	Bölge	-0,937	0,091	-10,24	<0,001	(-1,12 -0,76)
	Ücret	0,807	0,130	6,21	<0,001	(0,55 1,06)
	Kreş	0,305	0,134	2,27	0,023	(0,04 0,57)
	Altyapı	0,465	0,135	3,45	<0,001	(0,20 0,73)
	Eğitim	0,445	0,174	2,55	0,011	(0,10 0,79)
	Lojman	0,157	0,124	1,26	0,206	(-0,09 0,40)
	İşyükü	0,479	0,160	3,00	0,003	(0,17 0,79)
	Kariyer	0,337	0,135	2,49	0,013	(0,07 0,60)
2-9 Yıl Arası (n=94)	Bölge	-0,969	0,078	-12,48	<0,001	(-1,12 -0,82)
	Ücret	1,232	0,132	9,31	<0,001	(0,97 1,49)
	Kreş	0,348	0,114	3,04	0,002	(0,12 0,57)
	Altyapı	0,388	0,111	3,51	<0,001	(0,17 0,60)
	Eğitim	0,365	0,130	2,82	0,005	(0,11 0,62)
	Lojman	0,244	0,097	2,51	0,012	(0,05 0,44)
	İşyükü	0,373	0,128	2,93	0,003	(0,12 0,62)
	Kariyer	0,310	0,099	3,14	0,002	(0,12 0,50)
10 Yıl ve Üzeri (n=69)	Bölge	-1,017	0,080	-12,76	<0,001	(-1,17 -0,86)
	Ücret	0,980	0,149	6,57	<0,001	(0,69 1,27)
	Kreş	0,037	0,099	0,38	0,704	(-0,16 0,23)
	Altyapı	0,327	0,120	2,74	0,006	(0,09 0,56)
	Eğitim	0,056	0,153	0,36	0,715	(-0,24 0,36)
	Lojman	0,336	0,110	3,06	0,002	(0,12 0,55)
	İşyükü	0,283	0,137	2,07	0,038	(0,02 0,55)
	Kariyer	0,085	0,105	0,81	0,416	(-0,12 0,29)

Buldukları şehirde 1 yıl ve altında çalışıyor olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -0,93'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, altyapı, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı ve kreştir. Buldukları şehirdeki

çalışma süreleri 2-9 yıl arasında olan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,23'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı, kreş, kariyer fırsatı ve lojmandır. Buldukları şehirdeki çalışma süreleri 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,01'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; ücret, altyapı, lojman ve iş yüküdür. Lojman ($p=0,206$) değişiminin buldukları şehirdeki çalışma süresi 1 yıl ve altında olan hemşirelerin, kreş ($p=0,704$), eğitim fırsatı ($p=0,715$) ve kariyer fırsatı ($p=0,416$) değişkenlerinin ise buldukları şehirdeki çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 49).

Tablo 50. Hemşirelerin Kurumlarındaki Çalışma Sürelerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
1 Yıl ve Altı (n=55)	Bölge	-1,057	0,090	-11,69	<0,001	(-1,24 -0,88)
	Ücret	0,894	0,131	6,84	<0,001	(0,64 1,15)
	Kreş	0,318	0,128	2,48	0,013	(0,07 0,57)
	Altyapı	0,468	0,130	3,60	<0,001	(0,21 0,72)
	Eğitim	0,494	0,171	2,89	0,004	(0,16 0,83)
	Lojman	0,185	0,117	1,58	0,115	(-0,05 0,42)
	İşyükü	0,482	0,152	3,17	0,002	(0,18 0,78)
	Kariyer	0,357	0,124	2,88	0,004	(0,11 0,60)
2-9 Yıl Arası (n=94)	Bölge	-0,983	0,073	-13,43	<0,001	(-1,13 -0,84)
	Ücret	1,137	0,125	9,12	<0,001	(0,89 1,38)
	Kreş	0,329	0,104	3,18	<0,001	(0,13 0,53)
	Altyapı	0,406	0,106	3,85	<0,001	(0,20 0,61)
	Eğitim	0,300	0,124	2,42	0,015	(0,06 0,54)
	Lojman	0,294	0,092	3,20	<0,001	(0,11 0,47)
	İşyükü	0,395	0,119	3,33	<0,001	(0,16 0,63)
	Kariyer	0,260	0,093	2,81	0,005	(0,08 0,44)

10 Yıl ve Üzeri (n=69)	Bölge	-0,885	0,089	-9,95	<0,001	(-1,06 -0,71)
	Ücret	1,076	0,183	5,89	<0,001	(0,72 1,43)
	Kreş	-0,030	0,113	-0,27	0,790	(-0,25 0,19)
	Altyapı	0,258	0,136	1,90	0,057	(-0,01 0,52)
	Eğitim	0,053	0,167	0,32	0,750	(-0,27 0,38)
	Lojman	0,221	0,126	1,75	0,080	(-0,03 0,47)
	İşyükü	0,190	0,155	1,22	0,221	(-0,11 0,50)
	Kariyer	0,094	0,122	0,77	0,442	(-0,15 0,33)

Buldukları kurumda 1 yıl ve altında çalışıyor olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,05'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, iş yükü, altyapı, kariyer fırsatı ve kreştir. Buldukları kurumda çalışma süreleri 2-9 yıl arasında olan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,13'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, kreş, eğitim fırsatı, lojman ve kariyer fırsatıdır. Buldukları kurumda çalışma süreleri 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,07'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra önemsenen çalışma koşulu özelliği ise ücrettir. Çalışma koşullarından biri olarak lojman değişkeni çalışma süresi 1 yıl ve altında olan hemşireler ($p=0,115$) ile 10 yıl ve üstünde olan hemşirelerin ($p=0,080$), kreş ($p=0,790$), altyapı ($p=0,057$), eğitim fırsatı ($p=0,750$), lojman ($p=0,080$), iş yükü ($p=0,221$) ve kariyer fırsatı ($p=0,442$) değişkenleri buldukları kurumda çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 50).

Tablo 51. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurum Sayısına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
İlk Kurumu (n=62)	Bölge	-0,805	0,088	-9,17	<0,001	(-0,98 -0,63)
	Ücret	1,536	0,228	6,73	<0,001	(1,09 1,98)
	Kreş	0,334	0,123	2,72	0,006	(0,09 0,57)
	Altyapı	0,525	0,134	3,91	<0,001	(0,26 0,79)
	Eğitim	0,350	0,150	2,34	0,019	(0,06 0,64)
	Lojman	0,216	0,122	1,77	0,077	(-0,02 0,46)
	İşyükü	0,380	0,155	2,45	0,014	(0,08 0,68)
	Kariyer	0,353	0,135	2,62	0,009	(0,09 0,62)
2 veya 3 (n=89)	Bölge	-0,931	0,073	-12,79	<0,001	(-1,07 -0,79)
	Ücret	0,986	0,115	8,57	<0,001	(0,76 1,21)
	Kreş	0,160	0,092	1,73	0,083	(-0,02 0,34)
	Altyapı	0,284	0,105	2,70	0,007	(0,08 0,49)
	Eğitim	0,329	0,137	2,40	0,017	(0,06 0,60)
	Lojman	0,213	0,099	2,16	0,031	(0,02 0,41)
	İşyükü	0,343	0,122	2,82	0,005	(0,10 0,58)
	Kariyer	0,315	0,106	2,97	0,003	(0,11 0,52)
4 ve Üzeri (n=67)	Bölge	-1,183	0,088	-13,48	<0,001	(-1,36 -1,01)
	Ücret	0,766	0,111	6,92	<0,001	(0,55 0,98)
	Kreş	0,274	0,127	2,16	0,031	(0,03 0,52)
	Altyapı	0,402	0,123	3,26	<0,001	(0,16 0,64)
	Eğitim	0,129	0,167	0,78	0,437	(-0,20 0,46)
	Lojman	0,334	0,112	2,99	0,003	(0,12 0,55)
	İşyükü	0,403	0,144	2,79	0,005	(0,12 0,69)
	Kariyer	0,088	0,108	0,82	0,412	(-0,12 0,30)

Araştırmaya katılan ve daha önce başka bir kurumda çalışmamış olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,53'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırasıyla önemsenen çalışma koşulu özellikleri ise; bölge, altyapı, iş yükü, kariyer fırsatı, eğitim fırsatı ve kreştir. Daha

önce 2 veya 3 kurumda çalışan hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken de 0,98'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, iş yükü, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı altyapı ve lojmandır. Daha önce 4 ve üzerinde farklı kurumda çalışan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken de -1,18'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, altyapı, lojman ve kreşir. Lojman ($p=0,077$) değişkeninin henüz ilk kurumunda çalışan hemşirelerin, kreşin ($p=0,083$) 2 veya 3. kurumunda çalışıyor olan hemşirelerin, eğitim fırsatı ($p=0,437$) ve kariyer fırsatının ($p=0,412$) 4 ve üzeri kurumda çalışan hemşirelerin tercihlerini yaparken istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 51).

Tablo 52. Hemşirelerin Haftalık Çalışma Saatlerine Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
40 ve Altı Saat (n= 53)	Bölge	-0,928	0,089	-10,49	<0,001	(-1,10 -0,76)
	Ücret	0,723	0,111	6,49	<0,001	(0,51 0,94)
	Kreş	0,228	0,134	1,70	0,089	(-0,04 0,49)
	Altyapı	0,333	0,131	2,55	0,011	(0,08 0,59)
	Eğitim	0,457	0,152	3,01	0,003	(0,16 0,76)
	Lojman	0,289	0,118	2,45	0,014	(0,06 0,52)
	İşyükü	0,329	0,157	2,10	0,035	(0,02 0,64)
	Kariyer	0,320	0,116	2,76	0,006	(0,09 0,55)
40 Saatten Fazla (n=163)	Bölge	-0,996	0,056	-17,78	<0,001	(-1,11 -0,89)
	Ücret	1,148	0,104	11,01	<0,001	(0,94 1,35)
	Kreş	0,249	0,073	3,39	<0,001	(0,11 0,39)
	Altyapı	0,385	0,081	4,75	<0,001	(0,23 0,54)
	Eğitim	0,220	0,103	2,13	0,033	(0,02 0,42)
	Lojman	0,238	0,074	3,23	<0,001	(0,09 0,38)
	İşyükü	0,368	0,093	3,98	<0,001	(0,19 0,55)
	Kariyer	0,212	0,075	2,83	0,005	(0,07 0,36)

Haftalık çalışma saati 40 ve altı olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -0,92'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, eğitim fırsatı, altyapı, iş yükü, kariyer fırsatı ve lojmandır. Haftalık çalışma saati 40'tan fazla olan hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken ise 1,14'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, kreş, lojman, eğitim fırsatı ve kariyer fırsatıdır. Kreş ($p=0,089$) değişkeninin 40 saat ve altında çalışan hemşirelerin tercihleri üzerinde istatistiksel olarak anlamsız etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 52).

Tablo 53. Hemşirelerin İdari Görevi Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Olan (n= 32)	Bölge	-1,052	0,121	-8,69	<0,001	(-1,29 -0,82)
	Ücret	0,966	0,198	4,87	<0,001	(0,58 1,36)
	Kreş	0,212	0,144	1,47	0,141	(-0,07 0,49)
	Altyapı	0,416	0,184	2,26	0,024	(0,06 0,78)
	Eğitim	0,087	0,196	0,44	0,657	(-0,30 0,47)
	Lojman	0,134	0,156	0,86	0,391	(-0,17 0,44)
	İşyükü	0,388	0,201	1,93	0,054	(-0,01 0,78)
	Kariyer	0,218	0,150	1,45	0,147	(-0,08 0,51)
Olmayan (n=186)	Bölge	-0,949	0,051	-18,66	<0,001	(-1,05 -0,85)
	Ücret	1,038	0,087	11,95	<0,001	(0,87 1,21)
	Kreş	0,231	0,072	3,23	<0,001	(0,09 0,37)
	Altyapı	0,379	0,074	5,11	<0,001	(0,23 0,52)
	Eğitim	0,307	0,094	3,28	<0,001	(0,12 0,49)
	Lojman	0,271	0,068	4,01	<0,001	(0,14 0,40)
	İşyükü	0,356	0,086	4,14	<0,001	(0,19 0,53)
	Kariyer	0,248	0,068	3,64	<0,001	(0,12 0,38)

İdari görevi olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,05'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret ve altyapıdır. İdari görevi olmayan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,03'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı, lojman, kariyer fırsatı ve kreşir. Kreş ($p=0,141$), eğitim fırsatı ($p=0,657$), lojman ($p=0,391$) iş yükü ($p=0,054$) ve kariyer fırsatı ($p=0,147$) değişkenlerinin idari görevi olan hemşirelerin tercihleri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 53).

Tablo 54. Hemşirelerin Kadro Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
657 4A (n= 150)	Bölge	-1,009	0,057	-17,75	<0,001	(-1,12 -0,90)
	Ücret	0,976	0,091	10,72	<0,001	(0,80 1,16)
	Kreş	0,206	0,075	2,76	0,006	(0,06 0,35)
	Altyapı	0,356	0,082	4,35	<0,001	(0,20 0,52)
	Eğitim	0,250	0,107	2,34	0,019	(0,04 0,46)
	Lojman	0,286	0,075	3,82	<0,001	(0,14 0,43)
	İşyükü	0,371	0,094	3,93	<0,001	(0,19 0,56)
	Kariyer	0,172	0,073	2,36	0,018	(0,03 0,32)
Sözleşmeli (n=68)	Bölge	-0,856	0,082	-10,48	<0,001	(-1,02 -0,70)
	Ücret	1,141	0,159	7,19	<0,001	(0,83 1,45)
	Kreş	0,283	0,120	2,36	0,018	(0,05 0,52)
	Altyapı	0,454	0,125	3,64	<0,001	(0,21 0,70)
	Eğitim	0,310	0,137	2,26	0,024	(0,04 0,58)
	Lojman	0,152	0,108	1,40	0,161	(-0,06 0,36)
	İşyükü	0,355	0,143	2,49	0,013	(0,08 0,64)
	Kariyer	0,399	0,111	3,59	<0,001	(0,18 0,62)

657 sayılı kanunun 4A maddesine göre kadrolu olan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,00'lık β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, iş yükü, altyapı, lojman, eğitim fırsatı, kreş ve kariyer fırsatıdır. Sözleşmeli pozisyonunda çalışan hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,14'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, kariyer fırsatı, iş yükü, eğitim fırsatı ve kreştir. Lojman ($p=0,161$) değişkeninin sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin tercihleri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 54).

Tablo 55. Hemşirelerin Daha Önce Kırsal Bölgede Çalışmış Olma Durumuna Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Çalışan (n=85)	Bölge	-0,762	0,069	-11,05	<0,001	(-0,90 -0,63)
	Ücret	0,852	0,104	8,18	<0,001	(0,65 1,06)
	Kreş	0,180	0,088	2,06	0,040	(0,01 0,35)
	Altyapı	0,346	0,102	3,38	<0,001	(0,15 0,55)
	Eğitim	0,181	0,135	1,34	0,179	(-0,08 0,45)
	Lojman	0,348	0,095	3,66	<0,001	(0,16 0,54)
	İşyükü	0,393	0,119	3,31	<0,001	(0,16 0,63)
	Kariyer	0,190	0,093	2,05	0,040	(0,01 0,37)
Çalışmayan (n=133)	Bölge	-1,118	0,064	-17,49	<0,001	(-1,24 -0,99)
	Ücret	1,173	0,118	9,96	<0,001	(0,94 1,40)
	Kreş	0,268	0,091	2,95	0,003	(0,09 0,45)
	Altyapı	0,426	0,093	4,59	<0,001	(0,24 0,61)
	Eğitim	0,336	0,109	3,09	0,002	(0,12 0,55)
	Lojman	0,179	0,082	2,18	0,029	(0,02 0,34)
	İşyükü	0,352	0,106	3,32	<0,001	(0,14 0,56)
	Kariyer	0,285	0,084	3,41	<0,001	(0,12 0,45)

Daha önce kırsal bölgede çalışan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 0,85'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, iş yükü, lojman, altyapı, kariyer fırsatı ve kreşir. Daha önce kırsal bölgede çalışmamış olan hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,17'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı, kreş ve lojmandır. Eğitim fırsatı ($p=0,179$) değişkeninin daha önce kırsal bir bölgede çalışan hemşirelerin tercihleri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 55).

Tablo 56. Hemşirelerin Genel Sağlık Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Kötü ve Orta (n= 94)	Bölge	-0,772	0,063	-12,33	<0,001	(-0,90 -0,65)
	Ücret	0,838	0,100	8,40	<0,001	(0,64 1,03)
	Kreş	0,114	0,080	1,43	0,154	(-0,04 0,27)
	Altyapı	0,361	0,097	3,73	<0,001	(0,17 0,55)
	Eğitim	0,212	0,114	1,86	0,062	(-0,01 0,43)
	Lojman	0,244	0,088	2,78	0,005	(0,07 0,42)
	İşyükü	0,368	0,112	3,30	<0,001	(0,15 0,59)
	Kariyer	0,148	0,085	1,74	0,081	(-0,02 0,31)
İyi (n=124)	Bölge	-1,161	0,071	-16,46	<0,001	(-1,30 -1,02)
	Ücret	1,236	0,125	9,88	<0,001	(0,99 1,48)
	Kreş	0,355	0,102	3,47	<0,001	(0,16 0,56)
	Altyapı	0,404	0,098	4,10	<0,001	(0,21 0,60)
	Eğitim	0,343	0,130	2,64	0,008	(0,09 0,60)
	Lojman	0,277	0,090	3,07	0,002	(0,10 0,45)
	İşyükü	0,372	0,113	3,28	<0,001	(0,15 0,60)
	Kariyer	0,336	0,096	3,51	<0,001	(0,15 0,52)

Genel sağlık durumunu kötü ve orta olarak beyan eden hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 0,83'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, iş yükü, altyapı ve lojmandır. Genel sağlık durumunu iyi olarak beyan eden hemşirelerin de çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,23'lük β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, kreş, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı ve lojmandır. Kreş ($p=0,154$), eğitim fırsatı ($p=0,062$) ve kariyer fırsatı ($p=0,081$) değişkenlerinin sağlık durumu kötü ve orta olan hemşirelerin tercihleri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 56).

Tablo 57. Hemşirelerin Kronik Hastalık Sahibi Olma Durumlarına Göre Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerine İlişkin Bulgular

	Tercih	β	Std. Hata	z	p	Güven Aralığı (%95)
Yok (n=181)	Bölge	-0,954	0,053	-18,01	<0,001	(-1,06 -0,85)
	Ücret	1,124	0,094	11,91	<0,001	(0,94 1,31)
	Kreş	0,271	0,076	3,55	<0,001	(0,12 0,42)
	Altyapı	0,415	0,077	5,40	<0,001	(0,27 0,57)
	Eğitim	0,325	0,100	3,26	<0,001	(0,13 0,52)
	Lojman	0,231	0,070	3,32	<0,001	(0,10 0,37)
	İşyükü	0,354	0,089	3,99	<0,001	(0,18 0,53)
	Kariyer	0,280	0,071	3,93	<0,001	(0,14 0,42)
Var (n=37)	Bölge	-1,053	0,100	-10,55	<0,001	(-1,25 -0,86)
	Ücret	0,640	0,124	5,16	<0,001	(0,40 0,88)
	Kreş	0,101	0,126	0,80	0,422	(-0,15 0,35)
	Altyapı	0,211	0,153	1,38	0,168	(-0,09 0,51)
	Eğitim	0,082	0,163	0,50	0,615	(-0,24 0,40)
	Lojman	0,374	0,142	2,64	0,008	(0,10 0,65)
	İşyükü	0,366	0,177	2,06	0,039	(0,02 0,71)
	Kariyer	0,136	0,135	1,01	0,314	(-0,13 0,40)

Kronik bir hastalığı olmadığını beyan eden hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken 1,12'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; bölge, altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı, kariyer fırsatı, kreş ve lojmandır. Buna karşın kronik bir hastalığı olduğunu beyan eden hemşirelerin ise çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken -1,05'lik β katsayısı ile diğer değişkenlere göre en çok bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Daha sonra sırayla önemsenen çalışma koşulu özellikleri; ücret, lojman ve iş yüküdür. Kreş ($p=0,422$), altyapı ($p=0,168$), eğitim fırsatı ($p=0,615$) ve kariyer fırsatı ($p=0,314$) değişkenlerinin kronik bir hastalığı olan hemşirelerin tercihleri üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 57).

Tablo 58. Hemşirelerin Yapmış Oldukları Tercihlere Göre Çalışma Koşulu Özelliklerinin Önem Sıralaması

		Bölge	Ücret	Kreş	Altyapı	Eğitim	Lojman	İşyükü	Kariyer
Hemşire	Genel	2	1	8	3	5	6	4	7
İl	Ankara	1	2	0	5	4	6	3	7
	Ağrı	2	1	5	3	7	6	4	8
Cinsiyet	Kadın	1	2	8	4	6	7	3	5
	Erkek	2	1	6	3	0	5	4	0
Yaş	30 ve Altı	2	1	7	5	4	0	6	3
	31-40	2	1	0	4	0	3	5	0
	41 ve üstü	1	2	0	4	0	0	3	0
Memleket	1 ve 2. Bölge	1	2	6	5	0	3	0	4
	3 ve 4. Bölge	1	2	0	0	3	4	0	5
	5 ve 6. Bölge	2	1	5	4	0	0	3	6
Memleket Merkez	Merkez	2	1	8	4	7	6	3	5
	Taşra	1	2	5	4	3	6	0	0
Üniversite	1 ve 2. Bölge	1	2	7	4	5	8	3	6
	3 ve 4. Bölge	1	2	0	3	0	0	0	0
	5 ve 6. Bölge	3	1	6	4	0	5	2	7
Eğitim Düzeyi	Lise ve Ön lisans	2	1	5	4	0	3	0	0
	Lisans ve Üstü	2	1	8	4	5	7	3	6
Medeni Durum	Bekar	2	1	0	4	0	0	5	3
	Evli	1	2	7	4	5	6	3	0
Çocuk Sahibi	Değil	2	1	0	4	6	0	5	3
	Çocuklu	1	2	6	4	7	5	3	0
Ev Mülkiyet	Kendi Evi	2	1	6	4	0	7	3	5
	Diğer	2	1	8	3	4	5	6	7
Aylık Gelir	3.750 ve Altı	1	2	6	4	5	7	3	8
	3.751 ve Üstü	2	1	8	3	5	7	4	6
Hane halkı Gelir	6.000 ve Altı	1	2	0	3	0	4	0	0
	6.001 ve Üstü	1	2	4	6	5	8	3	7
Şehirde Süre	1 Yıl	1	2	7	4	5	0	3	6
	2-9 Yıl	2	1	6	3	5	8	4	7
	10 Yıl ve Üstü	1	2	0	3	0	4	5	0
Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıl	1	2	7	5	3	0	4	6
	2-9 Yıl	2	1	5	3	6	7	4	8
	10 Yıl ve Üstü	2	1	0	0	0	0	0	0
Kurum Sayısı	1	2	1	7	3	6	0	4	5
	2 veya 3	2	1	0	6	4	7	3	5
	4 ve Üstü	1	2	6	4	0	5	3	0
Haftalık Çalışma Saati	40 ve Altı	1	2	0	4	3	7	5	6
	40'tan fazla	2	1	5	3	7	6	4	8
İdari Görev	Olan	1	2	0	3	0	0	0	0
	Olmayan	2	1	8	3	5	6	4	7
Kadro Durumu	657 4A	1	2	7	4	6	5	3	8
	Sözleşmeli	2	1	7	3	6	0	5	4
Kırsalda Çalışma	Evet	2	1	7	5	0	4	3	6
	Hayır	2	1	7	3	5	8	4	6
Genel Sağlık	Kötü ve Orta	2	1	0	4	0	5	3	0
	İyi	2	1	5	3	6	8	4	7
Kronik Hastalık	Yok	2	1	7	3	5	8	4	6
	Var	1	2	0	0	0	3	4	0

Tablo 58’de çalışma kapsamındaki hemşirelerin farklı çalışma koşulu özelliklerine dayalı olarak yaptıkları tercihlerde hangi koşulların göreceli olarak daha etkili olduğu incelendiğinde; en çok ücret değişkenini, daha sonra ise bölgeyi önemsedikleri görülmektedir. Diğer çalışma koşulu özelliklerinin sıralamasının hemşirelerin sosyo demografik özelliklere göre değişiklik gösterdiği görülmektedir (Tablo 58).

Tablo 59. Hemşireleri Kırsal Bir Bölgede Çalışmaya Teşvik Edebilecek Koşulların Önem Derecesine Göre Sıralanması

	1. Sıra	2. Sıra	3. Sıra	4. Sıra	5. Sıra	6. Sıra	7. Sıra	Toplam	Puan	Sıralama
Ücret	98	41	19	10	5	3	1	175	325	1
Kreş	13	17	16	14	17	27	71	175	895	7
Altyapı	9	9	25	35	40	39	18	175	802	5
Eğitim	19	21	24	34	36	32	9	175	704	4
Lojman	6	32	39	35	26	25	12	175	691	3
İşyükü	25	32	31	27	27	19	14	175	637	2
Kariyer	11	21	21	21	25	28	48	175	829	6

Tablo 59’da hemşireleri kırsal bir yerde çalışmaya teşvik edebilecek çalışma koşulu özelliklerini önem derecesine göre sıralamaları istendiğinde ilk sırada ücretin, ikinci sırada iş yükünün ve üçüncü sırada lojmanın yer aldığı görülmüştür (Tablo 59).

Tablo 60. Hemşirelerin Soru Setlerine İlişkin Değişkenler, Seviyeler, Beta Katsayıları ve Ödeme İstekliliği Hesaplamaları

Çalışma Koşulları	Seviyeler	Beta Katsayıları	Beta Katsayıları**	WTP-1	WTP-2**
1. Maaş	1. 3.000-4.499	1,018071*	0,00068	1	1
	2. 5.000-5.999				
	3. 6.000-7.500				
2. Bölge	1. 1. Bölge				
	2. 6. Bölge	-0,9591039*	-0,95882	-0,94208	-1.407 TL
3. Kreş	1. Yok				
	2. Var	0,2278433*	0,22655	0,22380	332 TL
4. Altyapı	1. Yetersiz				
	2. Yeterli	0,3846774*	0,38568	0,37785	566 TL
5. Eğitim fırsatı	1. Yok				
	2. Var	0,2683158*	0,26900	0,26355	394 TL
6. Lojman	1. Yok				
	2. Var	0,2513875*	0,25079	0,24693	368 TL
7. İşyükü	1. 40 saatten fazla				
	2. Haftalık 40 saat	0,3627329*	0,36346	0,35629	533 TL
8. Kariyer fırsatı	1. Yok				
	2. Var	0,2393032*	0,23819	0,23506	349 TL

* $p < 0,05$

** Ücret değişkeni sürekli veri olarak girilerek hesaplamalar yapılmıştır.

Hemşirelerin ödeme istekliliği hesaplamalarına göre 6. bölgede çalışmak için fazladan 1.407 TL istedikleri, kendilerine eğitim fırsatı sunulduğunda maaşlarının 394 TL, altyapı imkânları için 566 TL, kariyer fırsatı için 349 TL, kreş için 332 TL, lojman için 368 TL ve iş yükünün normal olması durumunda 533 TL ödemeye istekli oldukları bulunmuştur (Tablo 60).

Tablo 61. Hemşirelerin Soru Setlerinde Yer Alan Alternatiflere İlişkin Tercihlerinin Dağılımı (N=218)

Grup	Soru Seti	1. Bölge		6. Bölge		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Grup	1	61	56,0	48	44,0	109	100
	2	65	59,6	44	40,4	109	100
	3	83	76,1	26	23,9	109	100
	4	105	96,3	4	3,7	109	100
	5	45	41,3	64	58,7	109	100
	6	71	65,1	38	34,9	109	100
	7	65	59,6	44	40,4	109	100
	8	96	88,1	13	11,9	109	100
	9	100	91,7	9	8,3	109	100
	10	53	48,6	56	51,4	109	100
	11	35	32,1	74	67,9	109	100
	12	60	55,0	49	45,0	109	100
	13	68	62,4	41	37,6	109	100
	14	71	65,1	38	34,9	109	100
	15	54	49,5	55	50,5	109	100
	16	101	92,7	8	7,3	109	100
	17	78	71,6	31	28,4	109	100
	18	100	91,7	9	8,3	109	100
2. Grup	1	44	40,4	65	59,6	109	100
	2	33	30,3	76	69,7	109	100
	3	71	65,1	38	34,9	109	100
	4	73	67,0	36	33,0	109	100
	5	93	85,3	16	14,7	109	100
	6	54	49,5	55	50,5	109	100
	7	35	32,1	74	67,9	109	100
	8	58	53,2	51	46,8	109	100
	9	78	71,6	31	28,4	109	100
	10	99	90,8	10	9,2	109	100
	11	85	78,0	24	22,0	109	100
	12	98	89,9	11	10,1	109	100
	13	91	83,5	18	16,5	109	100
	14	97	89,0	12	11,0	109	100
	15	84	77,1	25	22,9	109	100
	16	68	62,4	41	37,6	109	100
	17	48	44,0	61	56,0	109	100
	18	50	45,9	59	54,1	109	100
1.Grup + 2.Grup						218	100

Hemşirelerin soru setlerinde yer alan alternatiflere ilişkin tercihlerinin dağılımına bakıldığında 1. grup soru formundaki 4, 9, 16 ve 18. soru setindeki 1. alternatif (1. bölge) ile 2. grup soru formundaki 10. soru setindeki 1. alternatifin (1. bölge) %90'ın üzerinde tercih edildiği görülmektedir. 6. bölgeyi temsil eden 2. alternatif ise 1. grup soru formundaki 11. soru setinde hiçbirinde %60'ın üzerinde bir oranda tercih edilmiştir (Tablo 61).

Tablo 62. Soru Setlerinde Yer Alan Alternatiflere Göre Oluşturulan Teşvik Paketlerinin Hemşireler Tarafından Seçilebilme Olasılığı

1. Grup Soru Formu

1. Bölge	
1. Paket	
Maaş= 5250	%76
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
2. Paket	
Maaş=6750	%94
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
3. Paket	
Maaş=5250	%75
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

4. Paket	
Maaş=6750	%95
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
5. Paket	
Maaş=3750	%42
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
6. Paket	
Maaş=5250	%68
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

7. Paket	
Maaş=3750	%61
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
8. Paket	
Maaş=5250	%75
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
9. Paket	
Maaş=6750	%90
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
10. Paket	
Maaş=5250	%77
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
11. Paket	
Maaş=5250	%70
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	

12. Paket	
Maaş=6750	%85
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
13. Paket	
Maaş=5250	%85
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
14. Paket	
Maaş=3750	%59
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
15. Paket	
Maaş=3750	%68
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
16. Paket	
Maaş=6750	%89
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

17. Paket	
Maaş=5250	%72
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
18. Paket	
Maaş=3750	%59
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

6. Bölge	
1. Paket	
Maaş= 5250	%74
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
2. Paket	
Maaş=6750	%86
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	

3. Paket	
Maaş=5250	%53
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
4. Paket	
Maaş=3750	%32
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
5. Paket	
Maaş=5250	%57
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
6. Paket	
Maaş=3750	%41
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

7. Paket	
Maaş=5250	%55
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
8. Paket	
Maaş=5250	%44
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
9. Paket	
Maaş=3750	%30
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
10. Paket	
Maaş=6750	%74
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
11. Paket	
Maaş=6750	%81
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

12. Paket	
Maaş=6750	%74
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
13. Paket	
Maaş=6750	%77
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
14. Paket	
Maaş=3750	%44
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
15. Paket	
Maaş=6750	%80
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
16. Paket	
Maaş=3750	%29
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

17. Paket	
Maaş=5250	%61
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

18. Paket	
Maaş=3750	%18
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

2. Grup Soru Formu

1. Bölge	
1. Paket	
Maaş=3750	%52
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
2. Paket	
Maaş=3750	%52
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
3. Paket	
Maaş=3750	%59
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

4. Paket	
Maaş=6750	%90
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
5. Paket	
Maaş=6750	%85
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
6. Paket	
Maaş=3750	%55
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

7. Paket	
Maaş=3750	%42
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
8. Paket	
Maaş=5250	%83
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
9. Paket	
Maaş=5250	%77
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
10. Paket	
Maaş=6750	%90
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
11. Paket	
Maaş=6750	%89
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	

12. Paket	
Maaş=6750	%89
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
13. Paket	
Maaş=5250	%88
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
14. Paket	
Maaş=6750	%92
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
15. Paket	
Maaş=5250	%82
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
16. Paket	
Maaş=6750	%89
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	

17. Paket	
Maaş=3750	%64
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	
18. Paket	
Maaş=3750	%50
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	

6. Bölge	
1. Paket	
Maaş= 5250	%57
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
2. Paket	
Maaş=6750	%76
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

3. Paket	
Maaş=3750	%35
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
4. Paket	
Maaş=6750	%71
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
5. Paket	
Maaş=3750	%27
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
6. Paket	
Maaş=5250	%57
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	

7. Paket	
Maaş=6750	%80
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
8. Paket	
Maaş=6750	%77
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
9. Paket	
Maaş=5250	%54
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
10. Paket	
Maaş=3750	%32
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
11. Paket	
Maaş=3750	%50
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	

12. Paket	
Maaş=3750	%27
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
13. Paket	
Maaş=5250	%44
Kreş yok	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman var	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı yok	
14. Paket	
Maaş=5250	%53
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı yok	
15. Paket	
Maaş=3750	%50
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman var	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	
16. Paket	
Maaş=6750	%76
Kreş var	
Altyapı yetersiz	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü normal	
Kariyer fırsatı var	

17. Paket	
Maaş=6750	%76
Kreş var	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı yok	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

18. Paket	
Maaş=5250	%55
Kreş yok	
Altyapı yeterli	
Eğitim fırsatı var	
Lojman yok	
İşyükü fazla	
Kariyer fırsatı var	

Soru setlerinde yer alan ve farklı çalışma koşulu özellikleri içeren alternatiflere göre oluşturulan teşvik paketlerinin hemşireler tarafından seçilebilme olasılıkları hesaplandığında 1. grup soru formunda yer alan 1. bölge için maaş 6.750 TL, kreş, yeterli altyapı, lojman ve normal iş yükünün sunulduğu 2. paketin %94 olasılıkla, maaşın 6.750 TL, kreş, yeterli altyapı, eğitim fırsatı ve normal iş yükünün sunulduğu 4. paketin ise %95 olasılıkla seçildiği görülmüştür. 2. grupta 1. bölge için maaşın 6.750 TL, eğitim fırsatı, lojman ve normal iş yükünün sunulduğu 32. paketin ise %95 olasılıkla seçildiği görülmüştür (Tablo 62).

Tablo 63. Hemşireler İçin Teşvik Paketi Önerileri ve Tercih Edilebilme Olasılığı

	1. Bölge	6. Bölge
1. Paket		
Maaş= 3750	%77	%56
Kreş		
Altyapı yeterli		
Eğitim fırsatı		
Lojman		
Kariyer fırsatı		
İşyükü normal		
2. Paket		
Maaş=5250	%90	%78
Kreş		
Altyapı yeterli		
Eğitim fırsatı		
Lojman		
Kariyer fırsatı		
İşyükü normal		
3. Paket		
Maaş=6750	%96	%91
Kreş		
Altyapı yeterli		
Eğitim fırsatı		
Lojman		
Kariyer fırsatı		
İşyükü normal		
4. Paket		
Maaş=6750	%82	%63
5. Paket		
Maaş=12500	%100	%99
6. Paket		
Maaş=14000	%100	%100
7. Paket		
Maaş=3750	%37	%18
8. Paket		
Maaş=3750	%43	%23
Eğitim fırsatı		
1. Paket		
Maaş=3750	%42	%22
Kreş		
2. Paket		
Maaş=3750	%46	%25
Altyapı yeterli		
3. Paket		
Maaş=3750	%46	%24
İşyükü normal		
4. Paket		
Maaş=3750	%43	%22
Lojman		
5. Paket		
Maaş=3750	%43	%22
Kariyer fırsatı		
14. Paket		
Maaş=8000	%93	%84
Eğitim fırsatı		
15. Paket		
Maaş=7000	%90	%77
Kreş		
Lojman		
16. Paket		
Maaş=6750	%85	%68
Kariyer fırsatı		
Kreş		
17. Paket		
Maaş=8000	%94	%85
Kariyer fırsatı		
İşyükü normal		

Politika yapıcılar için farklı teşvik paketleri hazırlandığında çalışma koşullarına ait özelliklerin hemşirelerin kırsal bölgede çalışmayı tercih etme olasılıklarını değiştirdiği gözlenmektedir. Diğer tüm değişkenler sabitken sadece maaşın 3.750 TL'den 5.250 TL'ye çıkması kırsal bölgede çalışma olasılığını %56'dan %78'e çıkarmaktadır.

Hemşirelerin diğer teşvik unsurları olmadan sadece maaş ile 6. Bölgeyi %100 olasılıkla tercih etmeleri için maaşın en az 14.000 olması gerekmektedir (Tablo 63).

Tablo 64. Hemşireleri Kırsal Bölgelerde Çalışmaya Teşvik Edecek Diğer Özendiriciler

Hemşireler Tarafından Önerilen Teşvikler	Kişi Sayısı
Daha fazla ücret verilmeli (tazminat, ek ödeme, yıpranma payı vb.)	14
Sosyal hayata ilişkin imkânlar artırılmalı	9
Ailesi kırsal bölgede olanlara atama ve nakillerde kolaylık sağlanmalı	5
Ulaşım (servis) imkânı sağlanmalı	4
Daha fazla hizmet puanı verilmeli	3
Güvenli çalışma ortamı sağlanmalı	3
Aile bütünlüğü korunmalı	2
Doğu illeri için süreli sözleşmeli istihdam olabilir	2
Esnek çalışma saatleri uygulanmalı	2
Özlük hakları genişletilmeli	1
Sertifikalı eğitimler artırılabilir	1
Çalışma koşulları iyileştirilmeli	1
Şiddet vakalarının azaltılmasına yönelik yasal önlemler sağlanmalı	1
Halkın eğitilmesi, bilinçlendirilmesi sağlanması	1
Personelin sağlık sorunları için olanaklar artırılmalı	1

Soru formunun 2. Bölümünde yer alan 20 numaralı açık uçlu soru kapsamında hemşireleri kırsal bölgelerde çalışmaya teşvik edecek diğer özendirici unsurlar sorulduğunda ilk sırada yine ücrete vurgu yapıldığı, ikinci sırada sosyal hayata ilişkin imkânlar ve üçüncü sırada ise ailesi kırsal bölgede olanlara atama ve nakillerde kolaylık sağlanması cevapları verilmiştir (Tablo 64).

Araştırmada ücret özelliği ve alt düzeylerinin belirlenmesinde 2018 Haziran ayından sonraki hekim ve hemşire ücretleri baz alındığından araştırmada kullanılan ücret düzeylerinin ve WTP hesaplamaları sonucu elde edilen tutarların 2020 Aralık ayına göre TÜİK'in TÜFE değerleri kullanılarak paranın bugünkü değeri için yapılan hesaplamalar Tablo 65'te yer almaktadır.

Tablo 65. Araştırmadaki Ücret Seviyeleri İçin Paranın Bugünkü Değer Hesaplamaları

Ücret Seviyeleri		2018-Haziran/ TL	2020- Aralık/TL
Hekimlerde	Temel Ücret	8.500	12.004
	2. düzey	13.500	19.065
	3. düzey	18.500	26.127
	Bölge (WTA)	8.627	12.183
	Eğitim fırsatı (WTP)	2.563	3.619
	Altyapı imkânı (WTP)	1.963	2.772
	Kariyer fırsatı (WTP)	1.729	2.441
	Kreş (WTP)	1.694	2.392
	Normal iş yükü (WTP)	1.445	2.040
Hemşirelerde	Temel Ücret	3.750	5.296
	2. düzey	5.250	7.414
	3. düzey	6.750	9.532
	Bölge (WTA)	1.407	1.987
	Eğitim fırsatı (WTP)	394	556
	Altyapı imkânı (WTP)	566	799
	Kariyer fırsatı (WTP)	349	492
	Kreş (WTP)	332	468
	Normal iş yükü (WTP)	533	752
	Lojman (WTP)	368	519

Kaynak: T.C. Merkez Bankası, 2021.

6. BÖLÜM

TARTIŞMA

Sağlık sektöründe KSY ile yapılan çalışmalara son yıllarda sıkça rastlanmaktadır. Bu çalışma dışında literatürde Türkiye’de henüz sağlık profesyonellerinin iş ya da çalışma koşullarına ilişkin tercihlerinin KSY ile araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak uluslararası literatürde çeşitli yayınlara ulaşılmıştır. Literatürde yer alan araştırmalar ışığında bu çalışmaya ait bulgular aşağıda hekim ve hemşirelere ait sonuçlar karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Bu çalışmada hekim ve hemşirelerin çalışma koşullarına ilişkin tercihleri göreceli olarak tespit edilmiş, çalışma koşulu özellikleri arasındaki ödünleşimler ödeme istekliliği hesaplamalarıyla ortaya konulmuş ve son olarak politika yapımcılar için hekim ve hemşireleri gönüllü olarak kırsal bölgelere çekebilmek ve bu bölgelerde daha uzun süre kalmalarını sağlamak üzere sunulabilecek politika teşvik paketlerinin kabul edilebilirlik olasılıkları hesaplanmıştır. Literatürde kırsal kesimde ya da yetersiz hizmet alan bölgelerde çalışmayı gönüllü olarak tercih eden sağlık çalışanlarının sözleşmeli ya da zorunlu olarak çalışanlara göre daha uzun dönemli bu bölgelerde kaldıklarını gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Sempowski, 2004).

Bu araştırmanın sonuçlarına göre hekimlerin tercihleri üzerinde lojman dışındaki çalışma koşullarına ait özelliklerin anlamlı olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle sırasıyla ücretin yüksek oluşu, eğitim fırsatının oluşu, altyapının yeterli olması, kreşin olması, kariyer fırsatlarının oluşu ve iş yükünün normal oluşu hekimlerin çalışma koşullarını seçerken tercihlerini olumlu etkilemekte ancak en önemli özellik olan bölgenin 6. bölge yani kırsal oluşu tercihlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Vujicic ve diğerlerinin (2010b) çalışmasında ise hekimlerin iş tercihlerini yaparken en önemli değişkenler sırasıyla ücret, bölge, eğitim fırsatı, ekipman, becerilerin geliştirilmesi fırsatı ve lojman imkanına sahip olmak bulunmuştur.

Kruk ve diğeri (2010) Gana'da tıp fakültesi öğrencileri arasında bir çalışma yürütmüşler ve bu çalışmadan farklı olarak iş tercihlerindeki en önemli özellikleri lojman ve yeterli altyapı, en önemsiz özelliği ise ücret olarak bulmuşlardır. Bu bulgu, Gana'daki hekimlerin kırsal bölgelerde yaşadıkları konut sıkıntısını ve mesleklerini icra edebilecek yeterli altyapıda sağlık kurumu olmamasından kaynaklı kaygılarının olduğunu göstermektedir. Bu durum politika ve teşvik paketlerinin sağlık çalışanlarının tercih ve beklentileriyle eşleştirilmesi (Araujo ve Maeda, 2013) ve farklı ülkelerde tamamen farklı insan kaynakları politikası kombinasyonlarının uygulanması gerektiğine (Blaauw ve diğeri, 2010) kanıt oluşturmaktadır. Özet olarak farklı ülkelerde ve bölgelerde yürütülen çalışmalarda sağlık sisteminin özellikleri, kültür, beklenti ve ihtiyaçların farklı olması sebebiyle sağlık çalışanlarının iş ve çalışma koşullarına ilişkin tercihleri değişkenlik gösterebilmektedir.

Vietnam'da yapılan kalitatif bir çalışmada hekimlerin iş tercihlerini etkileyen en önemli özellikler ücret, iş yerinin özellikleri, eğitim fırsatı, sosyal haklar, kariyer fırsatı, yaşam koşulları ve yönetim tarzı olarak belirtilmiştir (Witter ve diğeri, 2011).

Gosden ve diğeri (2000) İngiltere'de yapmış oldukları çalışmada bu çalışma ile benzer şekilde, hekimlerin kendilerine sunulan iş paketlerini seçerken ücreti yüksek olanları daha çok tercih ettikleri, kırsal bölgeleri ise daha düşük oranda seçtikleri, fazla mesainin ise istatistiksel olarak önemsiz olduğu görülmüştür.

Rao ve diğeri (2013) Hindistan'da yapmış oldukları çalışmada hekimlerin iş yeri tercihlerini yaparken sırasıyla; bölge (kırsal veya kentsel), yeterli altyapı, eğitim fırsatı, kendi memleketlerine atanma, 2 yıllık kısa süreli sözleşmeden sonra merkeze atanma garantisi ve ücret özelliklerini önemsedikleri belirlenmiştir. Hekimlerin iş seçimlerinde anlamlı çıkmayan özellikler ise hastane büyüklüğü (kurum türü), 3 yıllık sözleşme ve bu çalışmada olduğu gibi lojmandır.

Lagarde ve Blaauw (2009), insan kaynaklarına ilişkin politika müdahalelerine bilgi sağlamak üzere KSY'lerin uygulandığı çalışmaların bir kısmında, parasal olmayan

teşviklerin iş seçiminde önemli belirleyici faktörleri oluşturduklarını ve bazen finansal teşviklerden daha önemli olduklarını belirtmişlerdir. Ancak bu çalışmada finansal teşvikler ve bölge, hekim ve hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini belirlemede baskın olan özellikler olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada kariyer fırsatının oluşu hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini belirlemede etkili çıkmıştır. Chomitz ve diğerleri (1999) de hekimler için kırsal bölgeleri daha cazip hale getirmek için yöneticilik pozisyonları, halk sağlığı uzmanları için birinci basamak sağlık merkezlerinin yöneticiliklerinin teşvik mekanizması olarak kullanılmasını önermişlerdir.

Yapılan literatür taraması sonucu Türkiye’de sağlık çalışanlarının iş tercihleri, çalışma koşulu tercihleri veya kırsal/kentsel bölge tercihleri ile ilgili yürütülen KSY çalışmasına rastlanmamıştır. Ancak Kılıç ve Tunç (2004) tarafından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde çalışan hekimlerin sorunları ve memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yürütülen çalışmada, kırsal bölgelerde çalışan hekimlerin karşılaştıkları en önemli sorunları; düşük ücret, zor çalışma koşulları, bölgedeki sosyal ve kültürel imkanların yetersiz olması, mesleki gelişim ve eğitim olanaklarının olmaması şeklinde sıralamışlardır.

Sağlık Bakanlığı (2010) tarafından ulusal çapta yürütülen memnuniyet araştırmasına göre sağlık çalışanlarının motivasyon puanlarının en düşük çıktığı bölgeler birinci ve altıncı bölgeler olmuştur. Çalışma sonuçlarına göre motivasyon düzeyi en yüksek meslek grupları aile hekimi ve yöneticiler; en düşük meslekler ise asistan ve hemşire/ebelerdir. Sağlık çalışanlarının motivasyonu olumsuz etkileyen en önemli faktörler ise; geçici görevler, performansa dayalı ek ödeme sistemi, maaş, diğer sektörlere oranla düşük ücret ve yıllık izin süresince kesilen ek ödemeler olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken diğer değişkenlere göre en çok ücreti önemsedikleri görülmektedir. Hemşirelerin daha sonra sırasıyla önemsedikleri özellikler; bölge, altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı, lojman, kariyer

fırsatı ve kreşir ve tüm bu özellikler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini, bölgenin 6. bölge yani kırsal oluşu olumsuz yönde etkilerken diğer özelliklerin varlığı ise olumlu yönde etkilemektedir.

Bu çalışma ile uyumlu olarak literatürdeki pek çok çalışmada finansal ve finansal olmayan teşviklerin her ikisinin de kırsal bölgelerde çalışma ile ilgili tercihlerini etkilediği bulunmuştur. Benzer çalışmalarda da vurgulandığı gibi yüksek ücret hemşirelerin iş tercihlerinde ve kırsal bölgeleri tercih etmelerinde en önemli özellik olarak ortaya çıkmaktadır (Efendi ve diğerleri, 2016; Liu ve diğerleri, 2019; Wu ve diğerleri, 2017). Maaşın en önemli değişken oluşu ayrıca odak grup çalışması sonuçlarıyla da desteklenmektedir.

Bu çalışmada hemşireler için ücretten sonraki en önemli özellik bölge olarak bulunmuşken Liu ve diğerlerinin (2019) Çin'de yapmış oldukları çalışmada beklentilerinin aksine bölge en az önemli özellik olarak ortaya çıkmıştır. Ancak alt grup analizlerine bakıldığında Liu ve diğerlerinin (2019) çalışmasına uygun olarak şehir merkezlerinde doğmuş ve aile geliri yüksek olanların kırsal bölgeleri daha az tercih ettikleri tespit edilmiştir. Liberya ve Vietnam'da yapılan KSY çalışmaları sonuçlarına göre kırsal bölgelerde doğan hekim ve hemşirelerin yine kırsal bölgelerde çalışmaya daha gönüllü olduğu bulunmuştur (Vujicic ve diğerleri, 2010a; Vujicic ve diğerleri, 2011). Bu durum kırsal bölgede doğup büyüyenlerin kırsal bölgelerde doğmayanlara göre yine bu bölgelerde çalışmak için daha az önyargılı olduklarını ve daha hevesli olduklarını düşündürmektedir.

Vujicic ve diğerleri (2010a) yürütmüş oldukları çalışmada hemşirelerin iş tercihlerini etkileyen en az önemli değişkeni iş yükü olarak bulmuşken bu çalışmada Liu ve diğerlerinin (2019) çalışması ile uyumlu olarak iş yükü hemşirelerin tercihlerini etkileyen en önemli ilk dört özellik arasında yer almıştır. Bu çalışmada hemşirelerin iş yükünü hekimlerden daha çok önemsedikleri görülmektedir. Bunun hemşirelik mesleğinin doğası gereği daha yorucu olması ve hemşirelerin çoğunluğunu kadınların oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışma ile benzer şekilde Penn-Kekana ve diğeri (2005) yapmış oldukları çalışma hemşirelerin nerede çalışacaklarına ilişkin varsayımsal seçimlerinin en önemli belirleyicilerinin daha yüksek maaş, iyi tesis yönetimi ve ekipman mevcudiyeti olduğunu göstermektedir. Ek olarak bu çalışmadan farklı olarak araştırılan yeterli kadroya sahip olma ve iyi sosyal olanaklara sahip olma değişkenleri en az önemli tesis özellikleri olarak bulunmasına karşın yine de hemşirelerin kararlarını etkilemede önemli koşullar olarak tespit edilmiştir.

Hemşirelerin farklı insan kaynakları politikası müdahalelerine yönelik tercihlerinin, üç ülkede araştırıldığı bir çalışmada ülkeler arasında önemli ölçüde farklılıklar bulunmuştur. Kenya ve Güney Afrika'da, daha iyi eğitim fırsatı ve kırsal bölge ödeneğinin kırsal bölgelerdeki görevlerin tercih edilmesini artırmada en etkili faktörler olduğu görülürken, Tayland'da daha iyi sağlık sigortası kapsamının en büyük etkiye sahip faktör olduğu görülmüştür (Blaauw ve diğeri, 2010). Bu çalışmada ise hemşireler için en önemli değişkenler ücret ve bölge olmuştur. Farklı ülkelerde yürütülen araştırmaların farklı bulgulara işaret etmesi kültürel özellikler, farklı ihtiyaç ve beklentilerden kaynaklanmaktadır. Bu sebeple geliştirilecek politika müdahalelerinin de farklı olması gerekmektedir.

Rao ve diğeri (2013) göre hemşirelerin tercihleri üzerinde hastanenin büyüklüğü (kurum türü), kendi memleketlerine atanma, 2 yıllık kısa süreli sözleşmeden sonra merkeze atanma garantisi ve ücret gibi değişkenlerin anlamlı etkilerinin olduğu; 3 yıllık sözleşme ve bu çalışmadan farklı olarak lojmanın ise istatistiksel olarak önemsiz özellikler olduğu belirlenmiştir. Literatürle uyumlu olarak kadro kaygısı olan hemşirelerin sürekli bir kadroya sahip olanlara göre tercih ve öncelikleri değişiklik göstermektedir. Bu çalışmada da 657 sayılı kanunun 4/A maddesi kapsamında kadrolu çalışanların tercihlerinde bölge ilk sırada önemliyken sözleşmeli çalışanlar ücreti daha çok önemsemişlerdir.

ABD'de yapılan bir çalışmada uyumlu ve profesyonel bir hasta bakım ekibiyle çalışmanın en değerli özellik olduğu, bunu kolay ulaşılabilir ve duyarlı hemşirelik liderliği, yönetimde güçlü bir hemşirelik sesi ve esnek çalışma planı gibi önemli

özelliklerin izlediği bulunmuştur (Fields ve diğerleri, 2018). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda farklı özelliklerin araştırma kapsamına dahil edildiği ve daha önce değinildiği gibi katılımcıların tercihlerinin farklılık gösterdiği görülmektedir. Örneğin ABD’de yürütülen ve ilk olduğu vurgulanan Fields ve diğerlerinin (2018) çalışmasında ABD’deki sağlık insan gücü piyasasının özellikleri göz önünde bulundurularak hastanelerin yönetim açısından daha özerk olmaları nedeniyle ekip çalışması, liderlik özellikleri, esnek çalışma gibi hemşireleri hastanelere çekebilecek cezbedici özellikler değerlendirilmiştir. Türkiye’de olduğu gibi sağlık insan gücü yönetimin merkezi olduğu ülkelerde bu çalışmada olduğu gibi daha somut ve politik karar gerektiren özellikler değerlendirilmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin tercihlerinde en önemli özellik bölge iken hemşirelerin tercihlerinde ise ücret olmuştur. Bu çalışma ile benzer bir şekilde Rao ve diğerlerinin (2013) çalışmasında da hemşirelerin kırsal bölgede bir işi kabul etme olasılıkları hekimlere göre daha yüksek oranda çıkmıştır. Literatürde bireylerin tercihlerini yaparken baskın olan özelliklerin olabileceği vurgulanmaktadır (Drakopoulos, 1994; Scott, 2001). Hekimlerin hemşirelere göre nispeten daha fazla kazanmaları ve mesleki olarak gelişememe kaygısı sebepleriyle bölge değişkenini daha çok önemsedikleri düşünülmektedir.

Başka bir çalışmada hemşirelerin iş seçimlerinde kentsel bir bölgeyi seçme şansının, kırsal bir bölgeyi seçme olasılığından 14,74 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kırsal bir iş seçiminde maaş artışı, sağlık kurumunun türü, uzmanlık bursu tercih edilen özellikler olarak belirlenmiştir (Huicho ve diğerleri, 2012).

Rockers ve diğerleri (2012) ise yaptıkları çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin iş tercihlerinde ileri eğitim için ödenek, ücret ile altyapı ve yeterli ekipmanın olmasını diğer değişkenlere göre daha çok önemsediklerini; buna karşın hemşirelik öğrencilerinin sırasıyla; ücret, kurumun kalitesi ve destekleyici yönetim tarzını önemsediklerini bulmuşlardır.

Çalışma kapsamında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre çalışma koşulu tercihlerinin nasıl değişkenlik gösterdiğine ilişkin bilgiler elde etmek üzere alt grup analizleri de yapılmıştır. Ancak literatürde kesikli seçim yöntemi ile yapılan ve alt grup analizlerinin gerçekleştirildiği sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

Yapılan alt grup analizlerine göre Ağrı'da ve Ankara'da görev yapan hekimler için en önemli özellik bölge ve ikinci olarak ücret değişkenidir. Ankara'daki ve Ağrı'daki hekimlerin bölge ve ücret tercihleri benzerlik göstermiştir. Buna karşın hemşirelerde ise Ankara'dakiler en çok bölgeyi, Ağrı'dakiler ise en çok ücreti önemsemişlerdir. Özellikle Ankara'daki hemşirelerin bölge değiştirmeye karşı daha dirençli oluşu mevcut durumlarını korumak istediklerini göstermektedir. Fields ve diğerlerine (2018) göre de kentsel bölgede yaşayan hemşireler güçlü bir şekilde kentsel alanlarda çalışmayı tercih etmişlerdir. Katılımcıların statüko seçeneğini seçmelerinin teorik temeli; risk altında seçimler yapan bireylerin beklenen fayda teorisini ihlal edebileceğini ve kazançları maksimize etmek yerine kayıpları en aza indirmeye çalışabileceğini öne süren beklenti (prospect) teorisi ile bağlantılı olabilir (Kahneman ve Tversky, 2013).

Erkek hekimler sırasıyla bölge, ücret, eğitim özelliğini önemserken kadınlar için dördüncü sırada önemli çıkan iş yükü özelliği erkekler için istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Kadın hemşirelerde özellikler bölge, ücret, iş yükü, altyapı, kariyer, eğitim ve lojman şeklinde sıralanırken; erkeklerde ücret, bölge, altyapı, iş yükü ve lojman olarak sıralanmış, eğitim ve kariyer özellikleri istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu çalışmadan farklı olarak Kruk ve arkadaşları (2010) tercihlerin kadınlar ve erkekler arasında nasıl farklılık gösterdiğini incelemişler ve kadınların tercihlerinin daha çok destekleyici yönetimden, erkeklerin tercihlerinin ise yüksek kaliteli konutlardan etkilendiğini belirlemişlerdir. Literatürde kadınların erkeklere göre kırsal bölgelerde çalışmak için daha az istekli olduğu belirtilmektedir (Chomitz ve diğerleri, 1999). Aynı şekilde Huicho ve diğerleri (2012)'nin yaptıkları çalışmada da erkeklerin kadınlara göre kırsal bölgede bir işi seçme oranları 1,74 kat fazladır. Bu çalışma ile benzer şekilde Wordsworth ve diğerleri (2004) de kadınların ücreti; erkeklerin de iş yükünü daha az önemsedğini belirtmişlerdir.

Yaşa göre yapılan analizlerde hekimlerde bölge ve ücret ilk sıralarda yer alırken 36 yaş ve üzerinde kreş anlamlı çıkmamıştır. Hemşirelerde ise tüm yaş gruplarında bölge ve ücret en önemli ilk iki değişken iken 31 yaş üstünde kreş, eğitim ve kariyer anlamlı çıkmamıştır. Bu çalışma ile uyumlu olarak literatürde yaş arttıkça kırsal bölgelerde çalışma isteğinin azaldığı belirtilmektedir (Chomitz ve diğerleri, 1999; Huicho ve diğerleri, 2012). Bu çalışmada genç hekimlerde iş yükü diğer yaş gruplarına göre daha önemli bulunmuşken; hemşirelerde yaş arttıkça iş yüküne verilen önem artmaktadır. Literatüre göre de gençler yaşlılara göre iş yükünü daha az önemsemişlerdir (Scott, 2001; Wordsworth ve diğerleri, 2004). Ek olarak genç hekimlerde eğitim ve kariyer fırsatı ileri yaşlardakilere göre daha önemli bulunmuştur. Literatürde öğrenci ve yeni mezun hekimlerin diğerlerine göre eğitime ve burs fırsatına verdikleri önem daha fazladır.

Memleketlerinin yer aldığı bölgelere göre yapılan alt grup analizlerinde hekimlerde tüm gruplar için bölge ve ücret ilk iki özellik olarak sıralanmıştır. Kırsal bölgeleri ifade eden 5 ve 6. bölgeden olan hekimlerin tercihlerinde kreş, altyapı, iş yükü ve lojman istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Hemşirelerde ise memleketleri 1, 2, 3 ve 4. bölgeden olan hemşirelerde bölge birinci, ücret ikinci sırada önemli iken 5 ve 6. bölgeden olan hemşirelerde ücret ilk, bölge ikinci özellik olarak sıralanmıştır. Literatürün tersine Rao ve diğerlerine (2013) göre kırsal geçmişe sahip hekimler kentsel geçmişe sahip olanlara göre kırsal bölgelerde çalışmaya daha az istekli çıkmışlardır. Yapılan araştırmalara göre yüksek, orta ve düşük gelir grubu ülkelerden kırsal bir geçmişe sahip mezunların kırsal bölgelerde çalışmaya gönüllü olmalarına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Bazı araştırmalar bu mezunların kırsal ve uzak alanlarda en az 10 yıl çalıştıklarını göstermektedir (Laven ve Wilkinson, 2003; Woloschuk ve Tarrant, 2004). Bir Cochrane sistematik incelemesine göre kırsal bölgede çalışma isteği ile en güçlü şekilde ilişkili tek faktörün kırsal geçmişe sahip olmak olduğu belirtilmektedir (Grobler ve diğerleri, 2015). Huicho ve diğerlerine (2012) göre de kırsal bir bölgede doğanların kentsel bölgede doğanlara göre kırsal bölgede çalışmayı seçme oranları 3,27 kat fazladır.

Üniversiteyi 1, 2 ve 3. bölgelerde okuyan hekimlerin tercihlerinde bölge birinci sırada yer alırken 5. bölgede okuyanlarda ücret birinci, bölge ikinci sırada yer almış altyapı, lojman, kariyer fırsatı ve iş yükü özellikleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Hemşirelerde ise benzer şekilde 1, 2, 3 ve 4. bölgede okuyanlar en çok bölgeyi önemserken 5 ve 6. bölgede okuyanlar ücret ve iş yükünü daha çok önemsemişlerdir. ABD, Çin, Demokratik Kongo Cumhuriyeti ve Endonezya gibi çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalara göre kırsal bölgelerde yer alan tıp okullarının kentsel bölgelerde yer alanlara göre kırsal bölgelerde çalışmayı tercih eden daha çok hekim yetiştirdiği ve bu okulların kırsal bölgelerde sağlık çalışanı istihdam etmede daha etkili olduğu kanıtlanmıştır (Ahuka, 2009; Chomitz ve diğerleri, 1999; Wang, 2002; Wilson ve diğerleri, 2009). Öğrencilerin eğitim süreleri boyunca kırsal bölgelerde uygulama yapmaları ve bu bölgelerde klinik rotasyonların artırılması da mezuniyet sonrası bu bölgelerde çalışma tercihlerini olumlu etkilemektedir (Courtney ve diğerleri, 2002; Kaye ve diğerleri, 2010). Kırsal bölgelerden öğrenci alımının artırılması, kırsal alanlara sağlık okulları açarak sağlık profesyonellerini bu bölgelerde yetiştirmenin yeni mezunların bu bölgeleri tercih etmede olumlu rol oynadığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Lehmann ve diğerleri, 2008; Liu ve diğerleri, 2019; Liu, 2012). Buna ek olarak eğitim için burs ve maddi destek programları gibi etkili finansal teşviklerin zorunlu hizmet ile ilişkilendirilerek uygulanmasının olumlu sonuçlar verdiği kanıtlanmıştır (Bärnighausen ve Bloom, 2009).

Pratisyen ve uzman hekimlerde benzer şekilde bölge ve ücret özellikleri ilk sıralarda yer almıştır. Ancak pratisyen hekimlerde diğer özellikler istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Pratisyen hekimlerin daha genç olmaları sebebiyle çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini yaparken diğer özellikleri göz ardı edebilecekleri düşünülmüştür. Lise ve ön lisans mezunu hemşirelerle lisans ve lisansüstü hemşirelerin tercihlerinde bölge ve ücret ilk sıralarda önemsenmiştir. Lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin tercihlerinde eğitim ve kariyer fırsatı özellikleri ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Huicho ve diğerlerine (2012) göre bir uzmanlık sertifikası, mastır veya doktora diploması olan hemşirelerin olmayanlara göre kırsal bölgeyi seçme olasılıklarının 1,06 kat fazla olduğu bulunmuştur.

Bekar ve evli hekimlerin tercihlerinde sırasıyla bölge ve ücret önemli iken bekarlarda kreş; evlilerde iş yükü istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu araştırma ile benzer şekilde Chomitz ve diğerlerine (1999) göre hekimlerin kırsal bölgede bir işi kabul etmelerinde medeni durumun ve çocukların etkileri beklenenden daha zayıftır. Ancak

çocuklu evli kadınların çok uzak bölgelerdeki görevlere gönüllü olmadığı açıktır. Bekar kadınların evlilik ve çocuklarla ilgili beklentilerinin de uzak bölgeleri tercih etmemelerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Buna karşın Wordsworth ve diğerleri (2004)'nin İskoçya'da hekimlerin iş tercihleri üzerine yapmış oldukları çalışmada cinsiyet, yaş ve yönetici olup olmamaya göre tercihlerin farklılık gösterdiğini bulmuşlardır. Ayrıca, bu çalışmaya göre kadınlar erkeklere göre yıllık ücreti daha az önemsemişlerdir. Huicho ve diğerleri (2012) de bekarların evlilere göre kırsal bölgeyi seçme oranlarının 0,71 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir. Scott'a (2001) göre evliler, bekarlara göre iş yükünü daha çok önemserken bu çalışmada hekimlerde tam tersi, hemşirelerde ise benzer bulgulara rastlanmıştır.

Çocuk sahibi olan ve olmayanlar hekimlerin tercihlerinde bölge ve ücret en önemli ilk iki özellik olarak bulunmuştur. Çocuk sahibi olanlarda eğitim üçüncü sırada, kreş dördüncü sırada önemli iken ve iş yükü istatistiksel olarak anlamsız bulunurken, çocuk sahibi olmayan hekimlerin tercihlerinde bölge ve ücretten sonra iş yükü, eğitim ve altyapı şeklinde sıralama gerçekleşmiştir. Bu çalışmada çocuk sahibi olan veya olmayan hekimlerin bölgeyi benzer düzeylerde önemsedikleri görülmüştür. Hemşirelerde ise çocuk sahibi olmayanlar ücreti, olanlar ise bölgeyi ilk sırada önemsemişlerdir. Ancak Huicho ve diğerleri (2012), çocuk sahibi olanların olmayanlara göre kırsal bölgeyi seçme oranlarının 1,13 kat fazla olduğunu belirtmiştir.

Kendi evi olan ve olmayan hekimlerde ilk iki özellik bölge ve ücret olmuş; özelliklerin önem derecelerine göre sıralanması benzerlik göstermiştir. Hemşirelerde de ücret birinci ve bölge ikinci olmuş; özelliklerin sıralanışı genel olarak benzerlik göstermiştir. Aylık geliri 8.500 TL olan hekimlerle daha fazla olan hekimlerin tercihlerinin sıralanışı benzerlik göstermekteydi. Scott'a (2001) göre aylık geliri daha fazla olan hekimlerin maaşı daha düşük hekimlere göre ücret değişkenine daha fazla önem verdikleri görülmüştür. Ayrıca maaşı daha düşük hekimlerin finansal olmayan özellikleri daha çok önemsemektedirler. Hemşirelerde ise aylık geliri 3.500 ve altı olanlarda ücret ilk sırada yer alırken daha fazla olanlarda bölge ilk sırada yer almaktaydı. Bu çalışmadan farklı olarak Huicho ve diğerleri (2012) maaşı yüksek olan hemşirelerin, düşüklere göre kırsal

bölgeyi seçme oranlarının fazla olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelerin hane halkı gelirine göre tercihlerinin sıralanışı benzerlik göstermekteydi.

Hekimlerin buldukları şehirde geçirdikleri süreye göre çalışma koşulları ile ilgili tercihlerinde gruplarda bölge ve ücret özellikleri ilk sıralarda yer almıştır. Ancak her bir grubu kendi modeli içinde değerlendirdiğimizde yıllar arttıkça bölge özelliğinin katsayısının ücrete göre arttığı gözlenmiştir. Ek olarak 1 yıl ve altında olanlarda iş yükü anlamsız çıkarken eğitim diğer gruplara göre daha önemli çıkmıştır. 2-9 yıl arasında olan hekimler ise kariyeri daha fazla önemsemişlerdir. Çalışma yaşamında geçen süre ve deneyim arttıkça kırsal bölgelerde çalışma isteği de azalmaktadır (Chomitz ve diğerleri, 1999). Hemşirelerde 2-9 yıl arasında olanlar diğerlerine göre bölgeyi ücretten daha çok önemsemişlerdir. Huicho ve diğerleri (2012) meslekte geçen süreleri 2-4 yıl olanların 1-2 olanlara göre 0,85 kat, 5-7 yıl olanların 1-2 yıl olanlara göre 0,48 kat, 8-14 yıl olanların 1-2 yıl olanlara göre 0,60 kat oranında kırsal bölgeyi seçme olasılığının fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Hekimlerde araştırma tarihine kadar çalıştıkları kurum sayılarına göre tercih sıralamaları benzerlik göstermiştir. Ancak hemşirelerde 4 ve üzerindeki bölgeyi daha çok önemsedikleri görülmüştür. Bu bulgunun yaşla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Haftalık çalışma saati 40 ve altında olan hekimlerle iş yükü fazla olanlarda benzer şekilde bölge ve ücret değişkenleri ilk iki sırada yer almıştır. Ancak iş yükü normal veya az olanlarda diğer özellikler istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Çalışma saati az olanların daha çok gündüz yani nöbetsiz çalıştıkları varsayılırsa yaş ilerledikçe sadece ücret ve bölgenin önemsendiği düşünülmektedir. Hemşirelerde ise çalışma saati 40 ve az olanlar ücreti, iş yükü fazla olanlar bölgeyi daha çok önemsemişlerdir. Huicho ve diğerlerine (2012) göre halihazırda iş yükü fazla olan hemşirelerin iş yükü normal olanlara göre kırsal bölgeyi seçme oranlarının 1,02 kat fazla olduğunu belirtmişlerdir. İdari görevi olan hemşireler daha çok ücreti, olmayanlar da bölgeyi önemsemişlerdir. İdari görevi olanlarda altyapı üçüncü sırada yer alırken diğer özellikler istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Kadrolu 4A hemşireler daha çok bölgeyi, sözleşmeli hemşireler ise ücreti önemsemişlerdir. Benzer şekilde Huicho ve diğerleri (2012) de geçici sözleşmeli

olan hemşirelerin sürekli kadrolu çalışanlara göre kırsal bölgeyi seçme oranları 0,94 kat fazla olduğunu bulmuşlardır. Kadrolular iş yükünü; sözleşmeliler ise altyapıyı daha çok önemsemişlerdir.

Mecburi hizmetini tamamlayan ve tamamlamayan hekimlerde bölge ve ücret özellikleri aynıyken, tamamlayanlar altyapıyı, tamamlamayanlar da eğitim fırsatını daha çok önemsemişlerdir.

Kırsal bölge deneyimi olan ve olmayan hekimlerde bölge, ücret ve eğitim özellikleri sırasıyla aynı önem derecesine sahipken kırsal bölge deneyimi olanlarda iş yükü anlamsız çıkmıştır. Hemşirelerde ise ücret ve bölge şeklinde sıralanmıştır. Kırsal bölge deneyimi olanlarda eğitim anlamsız çıkmıştır.

Genel sağlık durumunun orta ve kötü olduğunu beyan eden hekimlerde bölge, ücret ve iş yükü özelliklerinin tercihleri üzerinde ilk üç sırada etkili olduğu, diğer özelliklerin ise istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Scott (2001) da sağlık durumu kötü olan hekimlerin daha az iş yükünü tercih ettiğini bildirmiştir. Hemşirelerde ise genel sağlık durumunun orta ve kötü olduğunu beyan edenlerde kreş, eğitim ve kariyer özellikleri istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bir kronik hastalığı olan hemşireler bölgeyi, hastalığı olmayanlar ücreti daha çok önemsemişlerdir. Kronik hastalığı olan hekim ve hemşirelerin ihtiyaç duyabilecekleri ileri tanı ve tedavi olanaklarına erişememe endişesi sebebiyle bölgeyi daha çok önemsedikleri düşünülmektedir.

Belirli bir süre kırsal ve uzak bölgelerden birinde çalıştıktan sonra daha merkezde kamuda bir hastaneye atanma taahhüdünün kırsal bölgede çalışma gönüllülüğünü artırdığı görülmüştür (Chomitz ve diğerleri, 1999).

Çalışmada hekimlerden kendilerini kırsal bir bölgede çalışmaya teşvik edecek unsurları önem derecesine göre sıralamaları istendiğinde; ücret, kariyer fırsatı, iş yükü, eğitim fırsatı, altyapı, lojman ve kreş değişkenlerini sıraladıkları, hemşirelerdeki sıralamanın ise ücret, iş yükü, lojman, eğitim fırsatı, altyapı, kariyer fırsatı ve kreş olarak gerçekleştiği

görülmüştür. Bu sıralamalar MXL analiz sonuçları ile elde edilen katsayılara dayalı olarak yapılan sıralamalardan farklılık göstermektedir. Literatüre göre sıralamalar veya eşleştirmeler yoluyla yapılan tercih araştırmalarına nazaran, bireylerin gerçek dünya seçimlerine daha uygun olarak diğer çalışma koşulu özelliklerinin de göz önünde bulundurularak tercihlerin yapıldığı KSY ile yürütülen araştırma sonuçlarının istatistiksel olarak daha güçlü olduğu vurgulanmaktadır (Aktaş ve diğerleri, 2012; Morikawa ve diğerleri, 2002, s. 358; Osmanoğlu, 2005, s. 52).

Çalışma kapsamında yapılan ödeme istekliliği hesaplamalarına göre hekimlerin 6. bölgedeki bir işi kabul etmeleri için maaşlarına ek olarak 8.627 TL ödenmesi gerektiği bulunmuştur. Buna karşın eğitim fırsatı için 2.563 TL, yeterli altyapı için 1.963 TL, kariyer fırsatı için 1.729 TL, kreş için 1.694 TL ve normal bir iş yükü için 1.445 TL ödemeye istekli oldukları hesaplanmıştır.

İngiltere’de yapılan bir çalışmada hekimleri kırsal bölgede bir işi kabul etmeye teşvik etmek için yıllık 5.000 pound fazladan ödeme yapılması gerektiği hesaplanmıştır (Gosden ve diğerleri, 2000). Vujicic ve diğerlerine (2010b) göre ise Vietnam’da yapılan bir çalışmada hekimler kentsel bir yerde çalışmak için 7,04 milyon VND, eğitim fırsatı için 5,17 milyon VND, yeterli ekipman için 4,96 milyon VND, becerilerini geliştirme fırsatı için 4,73 milyon VND ve ücretsiz konut için 3,16 milyon VND maaşlarından ödemeye istekliydiler.

Hemşirelerin ödeme istekliliği hesaplamalarına göre ise 6. bölgede çalışmak için fazladan 1.407 TL istedikleri, kendilerine eğitim fırsatı sunulduğunda maaşlarından 394 TL, altyapı imkânları için 566 TL, kariyer fırsatı için 349 TL, kreş için 332, lojman için 368 TL ve iş yükünün normal olması durumunda 533 TL ödemeye istekli oldukları bulunmuştur.

Liu ve diğerleri (2019) tarafından yürütülen çalışmaya göre iş yükünün az olduğu bir iş için 2.096,2 RMB (310 \$), çalışma ortamının mükemmel olması durumunda 1.572,4 RMB (232,6 \$) ve kırsal bölge yerine merkezde bir iş için 702,4 RMB (103,9 \$) ödemeye istekli oldukları bulunmuştur. Diğer ekonomik olmayan özelliklere göre iş yükünün az olması

ve mükemmel çalışma ortamı sunan bir işin daha çok tercih edildiği görülmüştür. Alt grup analizlerine göre ise şehir veya ilçeden gelen ve aile geliri 50.000 RMB'den (7.396 \$) fazla olan öğrencilerin, şehirdeki bir iş için daha fazla aylık gelir ödemeye önemli ölçüde istekli oldukları görülmüştür.

Liu ve diğerleri (2019)'ne göre memleketleri şehir merkezleri olan öğrenciler (1.594,2 RMB=235,8 \$) kırsal bölgelerden gelen öğrencilere (366,6 RMB=54,2 \$) göre merkezde çalışmak için daha fazla ödemeye gönüllü olmaktadır. Merkez bölgelerde aile geliri 50.000 RMB'den (7.396 \$) fazla olanlar 611,3 RMB (90,4 \$) ödemeye gönüllüdür.

ABD'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin ödeme istekliliği uyumlu bir hasta bakım ekibi için 39.357 \$, yönetimde güçlü bir hemşirelik sesi için 31.826 \$, duyarlı liderlik için 32.769 \$ ve esnek çalışma planı için 30.539 \$ olmuştur. Hemşireler kırsal bir kasabadaki bir işi olumsuz olarak değerlendirmiş ve kırsal bölgede bulunan bir işi kabul etmek için ek 13.973 \$ ödenmesi gerektiği bildirilmiştir (Fields ve diğerleri, 2018).

Senaryolara göre oluşturulan teşvik paketlerinin hekimler tarafından seçilebilme olasılıkları hesaplandığında maaşın ortalama 18.500 olduğu ve 1. bölgeye ait paketlerin; hemşirelerde ise maaşın 6.750 olduğu ve 1. bölgeye ait paketlerin daha yüksek oranda tercih edildiği bulunmuştur.

Çeşitli çalışma koşullarında hekimlerin bir işi tercih etmelerinin değişen olasılıkları hesaplanarak yapılan simülasyon çalışmasına göre, maaşın 8.500 TL, kreş, altyapı, eğitim, kariyer fırsatlarının ve iş yükünün normal olduğu teşvik paketinin 1. bölge için kabul edilebilme oranı %89 iken 6. bölgede bu oran %50'dir. Bu pakette maaşın 8.500 TL'den 13.500 TL'ye çıkarılması durumunda 1. bölge için kabul edilme oranı %9, 6. bölge için %35 artmaktadır. Maaşın 18.500 TL'ye çıkarılması ile kabul edilebilme oranı 1. bölge için %100 ve 6. bölge için %97 olmaktadır. Diğer özellikler sağlanmayıp sadece maaşın yer aldığı bir teşvik paketinde 1. bölgenin %100 olasılıkla seçilebilmesi için maaşın en az 25.000 TL, 6. bölge için en az 34.000 TL olması gerektiği bulunmuştur. Diğer özelliklerin sağlanmadığı sadece maaşın 8.500 TL olduğu paketin kabul edilebilme

oranı 1. bölge için %43 ve 6. bölge için %4'tür. Bu pakete eğitim fırsatı eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %22 ve 6. bölge için %4, kreş eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %15 ve 6. bölge için %2, yeterli altyapı eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %17 ve 6. bölge için %3, normal iş yükü eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %13 ve 6. bölge için %2, kariyer fırsatı eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %15 ve 6. bölge için %2 artmaktadır.

Rao ve diğerleri (2013)'ne göre maaşların temel seviyeden iki katına çıkarılması hekimlerin kırsal bölgedeki bir işi kabul etme olasılığını %2'den %5'e çıkarmaktadır. Hanson ve Jack (2010) ise başkent dışındaki bölgelerde ücretlerin iki katına çıkarılmasının, söz konusu bölgelerde çalışmak isteyecek uygulayıcıların oranını yaklaşık %7'den %50'ye ve yüksek kaliteli konut sağlanmasının uygulayıcı arzını yaklaşık %27'ye (yaklaşık %46 ücret primi ödenmesine eşdeğer) çıkaracağını hesaplamışlardır.

Hemşirelerin belirli bir işi kabul etme politika simülasyon hesaplamalarına göre, maaşın 3.750 TL, kreş, altyapı, eğitim, kariyer fırsatlarının ve iş yükünün normal olduğu teşvik paketinin 1. bölge için kabul edilebilme oranı %77 iken 6. bölgede bu oran %56'dır. Bu pakette maaşın 3.750 TL'den 5.250 TL'ye çıkarılması durumunda 1. bölge için kabul edilme oranı %13, 6. bölge için %22 artmaktadır. Maaşın 6.750 TL'ye çıkarılması ile kabul edilebilme oranı 1. bölge için %96 ve 6. bölge için %91 olmaktadır. Diğer özellikler sağlanmayıp sadece maaşın yer aldığı bir teşvik paketinde 1. Bölgenin %100 olasılıkla seçilebilmesi için maaşın en az 12.500 TL, 6. bölge için en az 14.000 TL olması gerektiği bulunmuştur. Diğer özelliklerin sağlanmadığı sadece maaşın 3.750 TL olduğu paketin kabul edilebilme oranı 1. bölge için %37 ve 6. bölge için %18'dir. Bu pakete eğitim fırsatı eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %6 ve 6. bölge için %5, kreş eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %5 ve 6. bölge için %4, yeterli altyapı eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %9 ve 6. bölge için %7, normal iş yükü eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %9 ve 6. bölge için %6, lojman eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %5 ve 6. bölge için %4, kariyer fırsatı eklendiğinde kabul edilebilme oranı 1. bölge için %5 ve 6. bölge için %4 artmaktadır.

Liu ve diğerkleri (2019)'ne göre diğerk tüm çalışma koşulları eşit olduğunda hemşirelerin kırsalda bir işi tercih etme olasılığı %41,6 ve şehir merkezlerinde bir işi tercih etme olasılığı ise %58,4'tür. Aylık gelir 2.000 RMB'den (296 \$) 5.000 RMB'ye (740 \$) yükselirse, kırsalda bir işi seçme olasılığı %75,2'ye yükselmektedir. Bununla birlikte, aylık geliri 3.000 RMB (444 ABD \$) ile 8.000 RMB (1.183 \$) seviyesine çıkarmak, olasılığı %92,8'e yükselecektir. Fazla işi yüküne göre hafif işi yükünün tercih edilme oranını %66,2'ye çıkaracağını öngörmüşlerdir. Bunlara ek olarak çalışma ortamının iyileştirilmesinin %60,4, kariyer fırsatının %57,8 ve eğitim fırsatının %57,7 oranında kırsal bölgeleri tercih etmeyi artırdığını bulmuşlardır.

Hanson ve Jack (2010) hemşirelere başkent dışındaki bölgelerde çalışmaları için iki kat ücret ödenmesinin bu hemşirelerin işgücü arzını %4'ten %27'ye yükselteceğini ve bu kişileri kırsal alanlara atanmaya ikna etmek için en etkili ücret dışı özelliğin donanım ve ilaçların kalitesi olduğunu tespit etmişlerdir. Rao ve diğerkleri (2013)'ne göre ise maaşların temel seviyeden iki katına çıkarılması hemşirelerde kırsal bölgeyi seçme oranını %3'ten %7'ye çıkarmaktadır.

Hemşirelerin belirli bir işi kabul etmeleri için yapılan politika simülasyonları, kırsal bir işi kabul etmek için en etkili teşvik paketinin, maaşta %75'lik bir artış ve bir uzmanlık bursu içerdığini göstermiştir. Bu paket kırsal bir işi kabul edenlerin oranını %36,4'ten %60'a çıkaracaktır. Kırsal bölge ödeneğinin %50 artırılması %36,4'ten %40,4'e çıkaracaktır. Uzmanlık için burs sağlanması %36,4'ten %40'a çıkaracaktır. Sürekli iş garantisinin verilmesi %36,4'ten %41,2'ye çıkaracaktır (Huicho ve diğerkleri, 2012).

Araştırma kapsamında katılımcılara onları kırsal bölgelerde çalışmaya teşvik edecek başka unsurlar olup olmadığı açık uçlu bir soru ile de sorulmuştur. Bu soruya hekimlerin verdiği cevaplar; daha fazla ücret, sosyal imkanların artırılması, güvenli çalışma ortamı, halkın eğitim ve bilinç düzeyinin artırılması, ulaşım imkanı, kırsal bölgelerin gelişmişlik düzeyinin artırılması, adil bir çalışma ortamı, aile bütünlüğünün korunması, kısa süreli sözleşmeli çalışma modelleri, ailenin yanına atama ve nakil kolaylığı, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, mecburi hizmetten sonra istenen yere atama garantisi, tüm hekimlerin 5 ve 6. bölgelerde çalışması, 1, 2, 3 ve 4. Bölgelerde mecburi hizmete izin

verilmemesi, fazla senelik izin, şiddete karşı yasal önlemler, esnek çalışma modelleri, havalimanı, kreşle birlikte lojman olarak sıralanmıştır. Hemşirelerin verdiği cevaplar; daha fazla ücret, sosyal imkanların artırılması, ulaşım imkânı, daha fazla hizmet puanı verilmesi, güvenli çalışma ortamı, aile bütünlüğünün korunması, kısa süreli sözleşmeli çalışma modelleri, esnek çalışma modelleri, daha fazla özlük hakkı, sertifikalı eğitimler, şiddete karşı yasal önlemler, halkın eğitim ve bilinç düzeyinin artırılması ve personel sağlığına yönelik olanaklar olarak sıralanmıştır. Araştırma kapsamında olmasına rağmen katılımcıların ücret, lojman, kreş ve eğitim özelliklerini tekrar vurgulamaları odak grup görüşmelerinden elde edilen sonuçlarla da benzerlik göstermiş olduğundan tesadüfi olmadığını düşündürmektedir.

Açık uçlu soruya verilen cevaplarla uygun olarak literatürde diğer çalışma koşulu özelliklerinin de sağlık çalışanlarının iş seçimlerini etkilediği görülmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre eşlerden birinin belirli süreli bir sözleşmeye bağlı işinin olması ve çocuklarının okul durumu, sağlık çalışanlarının merkezden uzak bölgelerde de olsalar hareketliliğini yani bölgeden ayrılma isteğini azaltmaktadır (Kovner ve diğerleri, 2011).

Literatüre göre sağlık çalışanlarının sürekli eğitim ve mesleki gelişim fırsatlarının artırılması (Grobler ve diğerleri, 2015), kırsal geçmişe sahip olanların memleketlerine ve ailelerinin yanına atanmalarında kolaylık tanınması (Dolea ve diğerleri, 2010; Laven ve Wilkinson, 2003; Woloschuk ve Tarrant, 2004), zorunlu hizmet uygulaması (Freywot ve diğerleri, 2010), eğitim için burs sağlanması (Bärnighausen ve Bloom, 2009), kırsal bölgenin altyapı olanaklarının artırılarak gelişmişlik düzeyinin iyileştirilmesi (Kotzee ve Couperi 2006; Chaudhury ve Hammer, 2003) sağlık çalışanlarının kırsal bölgelere çekilmesi ve buralarda daha uzun süre kalmalarının sağlanması için etkili olan diğer faktörlerdendir.

Son olarak 2008 yılı haziran ayı baz alınarak araştırma kapsamında kullanılan ücret seviyelerinin ve WTP hesaplamaları sonucu bulunan parasal değerlerin 2020 yılı aralık ayı TÜFE oranlarına göre bugünkü karşılıkları hesaplanmıştır. Politika yapıcıların ve karar vericilerin yapılan simülasyon çalışması sonucu elde edilen teşvik paketlerinde paranın bugünkü değerini göz önünde bulundurmalarının kolaylık sağlayacağı

düşünülmüştür. Önümüzdeki yıllar için de benzer hesaplamaların yapılması önerilen teşvik paketlerinin uygulanabilirliği ve güncelliği açısından faydalı olacaktır.

7. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma kamuda çalışan hekim ve hemşirelerin kırsal ve kentsel bölgede çalışma durumunu göz önünde bulundurarak; ücret, iş yükü, lojman imkânı, mezuniyet sonrası eğitim fırsatı, işyeri altyapısının yeterliliği, kariyer fırsatı ve kreş gibi çeşitli çalışma koşulları arasındaki tercihlerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında aşağıdaki hesaplamalar gerçekleştirilmiştir:

- Çalışma koşulu özelliklerinin hangilerinin en önemli olduğu ve bir özelliğin diğeri ile karşılaştırıldığında ne kadar önem taşıdığı,
- Hekim ve hemşirelerin bir çalışma koşulu özelliğine ilişkin iyileştirmeler için maaşının ne kadarından vazgeçebileceği,
- Katılımcıların kendilerine sunulan belirlenmiş çalışma koşulu özelliklerine veya teşvik paketlerine ait bir işi kabul etme olasılıkları.

Çalışma kapsamında Ağrı ve Ankara'dan 126 hekim ve 218 hemşire olmak üzere 344 katılımcıya ulaşılmıştır. Hedeflenen kişi sayısına erişim yani ankete katılım oranı %74 olmuştur. Katılımcılardan 18 adet seçim setinden oluşan soru formu üzerinde 1. bölge ve 6. bölge olarak etiketlenmiş çalışma koşuluna ait iki alternatiften birini seçmeleri istenmiştir. Araştırmanın bulgularından yola çıkılarak elde edilen temel sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Hekimlerin ve hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerinde hem finansal hem finansal olmayan özelliklerin önemli olduğu görülmüştür.
- Hekim ve hemşirelerin çalışma koşullarına ait özellikleri farklı düzeylerde önemsedikleri bulunmuştur. Hekimler en çok bölgeyi hemşireler ise ücreti önemsemişlerdir. Lojman hekimlerde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuşken hemşirelerde kariyer fırsatı ve kreşten daha önemli çıkmıştır. Hekimler kariyer fırsatını hemşireler ise eğitim fırsatını daha çok önemsemişlerdir. Hemşireler iş

yükünü hekimler ise kreşi daha çok önemsemişlerdir. Altyapı özelliği hekimlerde dördüncü hemşirelerde ise üçüncü sırada yer almıştır.

- Yapılan alt grup analizlerinde sosyo-demografik özelliklere göre hekim ve hemşirelerin çalışma koşullarının tercihinde farklılıklar görülmüştür. Ağrı'da ve Ankara'da görev yapan hekimler için en önemli özellik bölge olarak bulunmuş, ancak değişkenler göreceli olarak değerlendirildiğinde Ankara'dakilerin bölgeyi, Ağrı'dakilerin ise ücreti biraz daha fazla önemsemiştir. Hemşirelerde ise Ankara'dakiler en çok bölgeyi, Ağrı'dakiler ise en çok ücreti önemsemişlerdir.
- Erkek hekimler ve kadın hekimler bölge ve ücreti benzer düzeylerde önemsemişlerdir. Ancak kadın hekimler için dördüncü sırada önemli çıkan iş yükü özelliği erkekler için istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Kadın hemşireler bölgeyi erkek hemşireler ücreti daha çok önemsemişlerdir. Erkek hemşirelerde eğitim ve kariyer özellikleri istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.
- Yaşa göre yapılan analizlerde hekimlerde tüm yaş gruplarında bölge ve ücret ilk sıralarda yer alırken 36 yaş ve üzerinde kreş anlamlı çıkmamıştır. Hemşirelerde de benzer şekilde tüm yaş gruplarında bölge ve ücret en önemli ilk iki değişken iken 31 yaş üstünde kreş, eğitim ve kariyer anlamlı çıkmamıştır.
- Memleketlerinin yer aldığı bölgelere göre yapılan alt grup analizlerinde hekimlerde tüm gruplar için bölge ve ücret ilk iki özellik olarak sıralanmıştır. Kırsal bölgeleri ifade eden 5 ve 6. bölgeden olan hekimlerin tercihlerinde kreş, altyapı, iş yükü ve lojman istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Hemşirelerde ise 1, 2, 3 ve 4. memleketleri bölgeden olan hemşirelerde bölge, ücretten daha önemli iken 5 ve 6. bölgeden olan hemşirelerde ücret, bölgeden daha önemli özellik olarak sıralanmıştır.
- Üniversiteyi 1, 2, ve 3. bölgelerde okuyan hekimlerin tercihlerinde bölge birinci sırada yer alırken 5. bölgede okuyanlarda ücret birinci, bölge ikinci sırada yer almış altyapı, lojman, kariyer fırsatı ve iş yükü özellikleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hemşirelerde ise benzer şekilde 1, 2, 3 ve 4. bölgede okuyanlar en çok bölgeyi önemserken 5 ve 6. bölgede okuyanlar ücret ve iş yükünü daha çok önemsemişlerdir.
- Pratisyen ve uzman hekimlerde benzer şekilde bölge ve ücret özellikleri ilk sıralarda yer almıştır. Ancak pratisyen hekimlerde diğer özellikler istatistiksel

olarak anlamlı çıkmamıştır. Lise ve ön lisans mezunu hemşirelerle lisans ve lisansüstü hemşirelerin tercihlerinde bölge ve ücret ilk olarak önemsenmiştir. Lise ve ön lisans mezunu hemşirelerde eğitim ve kariyer fırsatı özellikleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

- Bekar ve evli hekimlerde sırasıyla bölge ve ücret önemli iken bekarlarda kreş; evlilerde iş yükü istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hemşirelerde ise benzer bulgulara rastlanmıştır.
- Çocuk sahibi olan ve olmayan hekimlerde bölge ve ücret özelliklerine benzer düzeylerde önem verildiği bulunmuştur. Çocuk sahibi olanlarda iş yükü, çocuk sahibi olmayanlarda ise kreş özellikleri istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Hemşirelerde ise çocuk sahibi olmayanlar ücreti, olanlar ise bölgeyi daha çok önemsemişlerdir.
- Kendi evi olan ve olmayan hekimlerde ilk iki özellik bölge ve ücret olmuş; özelliklerin önem derecelerine göre sıralanması benzerlik göstermiştir. Hemşirelerde de ücret birinci ve bölge ikinci olmuş; özelliklerin sıralanışı genel olarak benzerlik göstermiştir.
- Aylık geliri 8.500 TL olan hekimlerle daha fazla olan hekimlerin tercihlerinin sıralanışı benzerlik göstermiş, hemşirelerde ise aylık geliri 3.500 ve altı olanlarda ücret ilk sırada yer alırken daha fazla olanlarda bölge ilk sırada yer almıştır.
- Buldukları şehirdeki geçirdikleri süreye göre gruplarda bölge ve ücret özellikleri ilk sıralarda yer almıştır. Ancak 1 yıl ve altında olanlarda iş yükü anlamsız çıkarken eğitim diğer gruplara göre daha önemli çıkmıştır. 2-9 yıl arasında olanlar ise kariyeri daha fazla önemsemişlerdir. Hemşirelerde 2-9 yıl arasında olanlar diğerlerine göre bölgeyi ücretten daha çok önemsemişlerdir. Hekimlerde araştırma tarihine kadar çalıştıkları kurum sayılarına göre tercih sıralamaları benzerlik göstermiştir. Ancak hemşirelerde 4 ve üzerindeki bölgeyi daha çok önemsedikleri görülmüştür.
- Haftalık çalışma saati 40 ve altında olan hekimlerle iş yükü, fazla olanlarda benzer şekilde bölge ve ücret değişkenleri ilk iki sırada yer almıştır. Ancak iş yükü normal veya az olanlarda diğer özellikler istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Hemşirelerde ise çalışma saati 40 ve az olanlar ücreti, iş yükü fazla olanlar bölgeyi daha çok önemsemişlerdir. Kadrolu 4A hemşireler daha çok bölgeyi, sözleşmeli

hemşireler ise ücreti önemsemişlerdir. Kadrolular iş yükünü; sözleşmeliler ise altyapıyı daha çok önemsemişlerdir.

- Mecburi hizmetini tamamlayan ve tamamlamayan hekimlerde bölge ve ücret özellikleri aynıyken, tamamlayanlar altyapıyı, tamamlamayanlar da eğitim fırsatını daha çok önemsemişlerdir.
- Kırsal bölge deneyimi olan ve olmayan hekimlerde bölge, ücret ve eğitim özellikleri sırasıyla aynı önem derecesine sahipken kırsal bölge deneyimi olanlarda iş yükü anlamsız çıkmıştır. Hemşirelerde ise ücret ve bölge şeklinde sıralanmıştır. Kırsal bölge deneyimi olanlarda eğitim anlamsız çıkmıştır.
- Genel sağlık durumunun orta ve kötü olduğunu beyan eden hekimlerde bölge, ücret ve iş yükü özellikleri ilk üç olarak sıralanmış, diğer özellikler istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Hemşirelerde ise genel sağlık durumunun orta ve kötü olduğunu beyan edenlerde kreş, eğitim ve kariyer özellikleri istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bir kronik hastalığı olan hemşireler bölgeyi, hastalığı olmayanlar ücreti daha çok önemsemişlerdir.
- Soru formunda sıralama sorusu olarak sorulan hekimleri kırsal bir bölgede çalışmaya teşvik edecek unsurların önem derecesine göre sıralanmasına göre özellikler; ücret, kariyer fırsatı, iş yükü, eğitim fırsatı, altyapı, lojman ve kreş olarak, hemşirelerde ise ücret, iş yükü, lojman, eğitim fırsatı, altyapı, kariyer fırsatı ve kreş olarak sıralanmıştır.
- Çalışma kapsamında yapılan ödeme istekliliği hesaplamalarına göre hekimlerin 6. bölgedeki bir işi kabul etmeleri için maaşlarına ek olarak 8.627 TL ödenmesi gerektiği bulunmuştur. Buna karşın eğitim fırsatı için 2.563 TL, yeterli altyapı için 1.963 TL, kariyer fırsatı için 1.729 TL, kreş için 1.694 TL ve normal bir iş yükü için 1.445 TL ödemeye istekli oldukları hesaplanmıştır.
- Hemşirelerin ödeme istekliliği hesaplamalarına göre ise 6. bölgede çalışmak için fazladan 1.407 TL istedikleri, kendilerine eğitim fırsatı sunulduğunda maaşlarının 394 TL, altyapı imkânları için 566 TL, kariyer fırsatı için 349 TL, kreş için 332, lojman için 368 TL ve iş yükünün normal olması durumunda 533 TL ödemeye istekli oldukları bulunmuştur.
- Senaryolara göre oluşturulan teşvik paketlerinin hekimler tarafından seçilebilme olasılıkları hesaplandığında maaşın ortalama 18.500 olduğu ve 1. bölgeye ait

paketlerin; hemşirelerde ise maaşın 6.750 olduğu ve 1. bölgeye ait paketlerin daha yüksek oranda tercih edildiği bulunmuştur.

- Çeşitli çalışma koşullarında hekimlerin bir işi tercih etmelerinin değişen olasılıkları hesaplanarak yapılan simülasyon çalışmasına göre, temel düzeydeki pakete bir üst seviyedeki maaş eklendiği zaman kabul edilebilme oranı diğer özelliklere göre daha fazla artmaktadır. Temel düzeydeki maaşa ek olarak diğer özellikler eklendiğinde paketin kabul edilebilme oranı sırasıyla eğitim fırsatı ve yeterli altyapı, ücret artışından sonra daha etkili olmaktadır. Paketlerin kabul edilebilme oranını kreş ve kariyer fırsatı aynı oranda etkilerken iş yükü diğer özelliklere göre en az artırdığı görülmüştür.
- Hemşirelerin belirli bir işi kabul etme politika simülasyon hesaplamalarına göre de ücret artışı paketlerin kabul edilebilme oranını diğer özelliklerden daha çok etkilemektedir. Temel düzeydeki ücrete eklendiği zaman sırasıyla yeterli altyapı ve normal iş yükünün aynı oranda, eğitim fırsatının ikinci sırada, kreş, lojman ve kariyer fırsatının aynı oranda artırdığı sonucuna varılmıştır.
- Araştırma kapsamında katılımcılara onları kırsal bölgelerde çalışmaya teşvik edecek başka unsurlar olup olmadığı açık uçlu bir soru ile sorulmuştur. Bu soruya hekimlerin verdiği cevaplar; daha fazla ücret, sosyal imkanların artırılması, güvenli çalışma ortamı, halkın eğitim ve bilinç düzeyinin artırılması, ulaşım imkanı, kırsal bölgelerin gelişmişlik düzeyinin artırılması, adil bir çalışma ortamı, aile bütünlüğünün korunması, kısa süreli sözleşmeli çalışma modelleri, ailenin yanına atama ve nakil kolaylığı, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, mecburi hizmetten sonra istenen yere atama garantisi, tüm hekimlerin 5 ve 6. bölgelerde çalışması, 1, 2, 3 ve 4. Bölgelerde mecburi hizmete izin verilmemesi, fazla senelik izin, şiddete karşı yasal önlemler, esnek çalışma modelleri, havalimanı, kreşle birlikte lojman olarak sıralanmıştır.
- Hemşirelerin kırsal bölgelerde çalışmaya teşvik edecek başka unsurlar olup olmadığı hakkındaki açık uçlu soruya verdiği cevaplar ise; daha fazla ücret, sosyal imkanların artırılması, ulaşım imkânı, daha fazla hizmet puanı verilmesi, güvenli çalışma ortamı, aile bütünlüğünün korunması, kısa süreli sözleşmeli çalışma modelleri, esnek çalışma modelleri, daha fazla özlük hakkı, sertifikalı eğitimler,

şiddete karşı yasal önlemler, halkın eğitim ve bilinç düzeyinin artırılması ve personel sağlığına yönelik olanaklar olarak sıralanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hekim ve hemşirelerin çalışma koşullarıyla ilgili tercih yaparken dikkate aldıkları en önemli özellikler bölgenin kendisi ve maaştır. Bu sebeple politika yapıcıların hekim ve hemşirelerin belirli bir işi kabul etmelerini sağlamadaki en önemli teşvik unsuru ücret olacaktır. Ücret üzerinde yapılacak değişiklikler hem hızlı sonuç verebilir hem de etkili olacaktır. Ancak hekim ve hemşirelerin belirli bir işi kabul etmelerinde ücret artışı tek başına yeterli bir müdahale yöntemi olmayacaktır. Bu hem Türkiye gibi sınırlı kaynaklara sahip ülkeler için politik olarak uygulanabilecek bir yöntem değildir. Hem de literatürde belirtildiği gibi uzun vadede yeterli ve başarılı olma ihtimali düşük olacaktır. Etkili müdahaleler ancak sağlık çalışanlarının tercih ve beklentileriyle eşleşen farklı politika ve teşvik paketlerinin birleştirilmesi ile mümkün olabilir (Araujo ve Maeda, 2013; Blaauw ve diğerleri, 2010; Fields ve diğerleri, 2018; Kolstad, 2011). Politika yapıcıların aylık geliri belirli bir seviyeye çıkardıktan sonra diğer teşvik unsurlarına odaklanmaları gerekmektedir (Liu ve diğerleri, 2019).

Hazırlanacak teşvik paketleri hekim ve hemşirelerin hem mesleki hem de kişisel ihtiyaçlarını karşılayan unsurlar içermelidir. Bu teşvik paketi unsurları arasında, maaş artışına ek olarak eğitim ve kariyer fırsatları, kreş ve lojman imkânı, iş yükünün azaltılması, altyapının iyileştirilmesi yer almalıdır.

Hekimlerin verdikleri yanıtlara göre iş yükü ve altyapı gibi önem katsayıları daha az olan özellikler ise bölge ve ücret özelliklerine göre kırsal bir işi kabul etme olasılığı üzerinde büyük etkilere sahip olmamıştır. Hemşirelerde ise belirli bir işi kabul etmelerinde kreş ve kariyer fırsatı nispeten ücret, altyapı, iş yükü, eğitim fırsatı ve lojmana göre daha az çekici teşvik unsurları olmuştur. Ancak genel olarak, bu tür tek başına bir işin tercih edilmesinde büyük etkiye sahip olmayan özellikler diğer özelliklerle birleştirildiklerinde ek etkili teşvik paketlerinin içinde yer alabilirler. Başka bir deyişle bu özelliklere dayalı teşvik paketleri, kırsal alanlara sağlık çalışanlarını çekmek ve oralarda tutundurmak bağlamında tekil teşviklerden daha etkili olacaktır.

Çalışma koşulu özelliklerinin hekim ve hemşire katılımcılar arasında göreceli değerleri birbirinden farklıdır. Bu sebeple teşvik paketleri hazırlanırken hekim ve hemşireler için ayrı ayrı hazırlanmalıdır. Örneğin lojman özelliği hekimlerin yapmış oldukları tercihlere göre istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Ancak lojman, hemşirelerde kariyer fırsatı ve kreşten daha önemli bir özellik olarak bulunmuştur.

Sosyo-demografik özelliklere göre çalışma koşulu özelliklerinin önem sıralamaları farklılık gösterdiğinden yaş, cinsiyet, medeni durum, memleket, sağlık durumu, kırsal bölge deneyimi, eğitim durumu gibi özelliklere göre farklı teşvik paketleri hazırlanabilir.

Sağlık hizmetlerinin etkili ve hakkaniyete uygun sunulabilmesi için sağlık çalışanlarını kırsal alanlara çekmek ve onları o bölgelerde tutmak son derece önemlidir. Sınırlı sağlık kaynaklarına sahip ülkeler için, kırsal alanlarda güvenilir ve kaliteli klinik hizmetler sağlayabilen bir sağlık sistemi oluşturmak zor bir iştir (Araujo ve Maeda, 2013). Hekimlerin verdikleri cevaplara göre bölge en önemli özelliktir. Buna göre hekimlerin çalışma koşulları tercihlerinde bölgenin gelişmişlik düzeyi ile sosyo-ekonomik ve kültürel yapısını dikkate aldıkları bulunmuştur. Bu faktörlerin düzeltilmesi ve iyileştirilmesi tek başına Sağlık Bakanlığı'nın sunabileceği teşvik paketleri ile mümkün olmayacaktır. Ayrıca bazı teşviklerin hayata geçirilmesi, çok sektörlü bir anlayışla Sağlık Bakanlığının devletin diğer kurumlarıyla (Hazine ve Maliye Bakanlığı, YÖK, Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı, Belediyeler vb.) etkileşime girmesini gerektirir.

Bu çalışma kapsamında politika yapıcılar için farklı çalışma koşulu özelliklerini içeren kırsal ve kentsel teşvik paketlerinin katılımcılar tarafından kabul edilebilme olasılıklarının hesaplandığı simülasyon çalışması yapılmıştır. Buna göre hekimlerin 1. bölgede bir işi diğer teşvik unsurları olmadan sadece maaş vererek %100 olasılıkla kabul etmeleri için 24.000 TL ödenmesi gereklidir. Ancak 13.500 TL maaş ve eğitim fırsatı birlikte sağlandığında kabul edilme olasılığı %92, 13.500 TL maaş, kariyer fırsatı ve normal iş yükü eklendiğinde %93, 13.500 TL maaş, kariyer fırsatı ve kreş eklendiğinde ise %99 olmaktadır. Bu tür farklı özelliklerin kombinasyonlarından oluşan teşvik paketleri, aylık 24.000 TL maaş vermekten daha maliyet etkin çözümler sunabilir.

Politika yapıcıların en iyi teşvik paketi veya paketlerini seçmeleri zorlu bir süreçtir. Ülkenin ve bölgenin içinde bulunduğu ekonomik ve altyapı durumu, hangi meslek grubuna ne sunulacağı, sosyo-demografik özelliklere göre paketlerin nasıl özelleştirileceği daha fazla kanıt ve politik duruş gerektiren zorluklardır.

Araştırma sonuçlarına göre özellikle kırsal bölgelerdeki istihdamı artırmak için bu bölgelerde sağlık okullarının açılması, kırsal bölgelerden gelen hekim ve hemşirelerin atama ve yer değişikliklerini bu bölgelere istemeleri durumunda kolaylık tanınması, çeşitli ek sosyal ve özlük haklar (daha fazla hizmet puanı, yıllık izin, yıpranma payı vb.) verilmesi, ulaşım ve altyapının geliştirilmesi, güvenli çalışma ortamının sağlanması, 1, 2, 3 ve 4. bölgelerde mecburi hizmete izin verilmemesi, esnek çalışma ve kısa süreli sözleşmeli istihdam modellerinin geliştirilmesi önerilebilir.

Sonuç olarak KSY ile yürütülen araştırmalar, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ile ilgili tercihlerinin belirlenmesinde politika yapıcılar için güçlü kanıtlar sağlamaktadır. KSY'ler yerel ve ulusal koşullara göre uyarlanmış müdahale paketlerinin belirlenebilmesine imkân sağladığı için standartlaştırılmış küresel yaklaşımlardan daha etkili sonuçlar sağlamaktadırlar. Özellikle hekim ve hemşirelerin ihtiyaç ve beklentileriyle uyuşan teşvik paketleri, çalışanların yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlayacak, personel devir hızını azaltacak, kırsal bölgelerde tutunma oranlarını artıracaktır. Her ne kadar bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunsa da sonuçları itibari ile politika yapıcılar için değerli bilgiler içermektedir. Bu çalışma ikinci basamak devlet hastanelerinde hekim ve hemşireler üzerinde yürütülmüştür. Birinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayan diğer sağlık meslek çalışanları/profesyonelleri üzerinde de benzer çalışmalar yürütülebilir. Bu çalışma daha büyük bir örneklem büyüklüğüyle veya farklı bölgelerde yapılacak gelecekteki araştırmalar için bir fırsat sunmaktadır. Gelecekte özellikle alt grup analizlerinin daha da genişletilebilmesi için daha fazla örneklem büyüklüğünde, özel sektörün de dahil edildiği araştırmalar yürütülebilir. Mevcut çalışma Türkiye'de sadece sağlıkta insan gücü politikaları ile ilgili değil sağlık sektörünün diğer alanlarında (örneğin hasta ve hizmet sunucuların tercihlerin değerlendirilmesi vb.) ve diğer sektörlerde yürütülebilecek çalışmalar için de güçlü bir metodolojik kılavuz niteliği taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- Ahuka, L. (2009). Medical schools in rural areas-necessity or aberration? *Rural and Remote Health*, 9: 1131.
- Aktaş, S., Akkuş, Ö., & Osmanoğlu, S. (2012). Çok düzeyli bağımlı değişken modellenmesinde koşullu lojit ve konjoint analizlerinin performansları üzerine uygulamalı bir çalışma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 11 (21), 25-40
- Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*, 364(9445), 1603-1609.
- Appleby, C. (2007). *Measuring consumer willingness to pay for reduced sulfur dioxide content in wine: a conjoint analysis*. Colorado State University. Libraries,
- Araujo, E., & Maeda, A. (2013). How to recruit and retain health workers in rural and remote areas in developing countries: a guidance note. *HNP Discussion Paper*. No: 78506. The World Bank. Washington.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., . . . Ayar, B. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99.
- Bansback, N., Brazier, J., Tsuchiya, A., & Anis, A. (2012). Using a discrete choice experiment to estimate health state utility values. *Journal of health economics*, 31(1), 306-318.
- Bärnighausen, T., & Bloom, D. E. (2009). Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC health services research*, 9(1), 86.
- Baumeister, R. F. (2016). Toward a general theory of motivation: Problems, challenges, opportunities, and the big picture. *Motivation and Emotion*, 40(1), 1-10.
- Bessen, T., Chen, G., Street, J., Elliott, J., Karnon, J., Keefe, D., & Ratcliffe, J. (2014). What sort of follow-up services would Australian breast cancer survivors prefer if we could no longer offer long-term specialist-based care? A discrete choice experiment. *British journal of cancer*, 110(4), 859-867.
- Bhasin, H. (2019). What is Willingness to pay and its role in business or marketing? Retrieved from <https://www.marketing91.com/willingness-to-pay/>

- Blaauw, D., Erasmus, E., Pagaiya, N., Tangcharoensathein, V., Mullei, K., Mudhune, S., . . . Lagarde, M. (2010). Policy interventions that attract nurses to rural areas: a multicountry discrete choice experiment. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 350-356.
- Bliemer, M. C., & Rose, J. M. (2011). Experimental design influences on stated choice outputs: an empirical study in air travel choice. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 45(1), 63-79.
- Blume, L. E., & Easley, D. (2008). Rationality. *The new Palgrave dictionary of economics*, 6, 884-893.
- Bridges, J. F., Hauber, A. B., Marshall, D., Lloyd, A., Prosser, L. A., Regier, D. A., . . . Mauskopf, J. (2011). Conjoint analysis applications in health—a checklist: a report of the ISPOR Good Research Practices for Conjoint Analysis Task Force. *Value in health*, 14(4), 403-413.
- Browning, G., Halcli, A., & Webster, F. (1999). *Understanding contemporary society: Theories of the present*: Sage Publications Ltd.
- Brownstone, D., Bunch, D. S., & Train, K. (2000). Joint mixed logit models of stated and revealed preferences for alternative-fuel vehicles. *Transportation Research Part B: Methodological*, 34(5), 315-338.
- Butterworth, K., Hayes, B., & Neupane, B. (2008). Retention of general practitioners in rural Nepal: a qualitative study. *Australian Journal of Rural Health*, 16(4), 201-206.
- Can, H., Akgün, A., & Kavuncubaşı, Ş. (2001). *Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi*, 4. Baskı, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Canarlan, N. Ö. (2017). Kitlesele bireyselleştirilmiş ürünler için ödeme istekliliği: Kadın müşteriler üzerine bir araştırma. *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi= Journal of Consumer and Consumption Research*, 9(1), 95-115.
- Cavender, A., & Albán, M. (1998). Compulsory medical service in Ecuador: the physician's perspective. *Social science & medicine*, 47(12), 1937-1946.
- Chaudhury, N., & Hammer, J. (2003). *Ghost doctors: absenteeism in Bangladeshi health facilities*: The World Bank. Washington, DC.

- Chomitz, K., Setiadi, G., Azwar, A., & Ismail, N. (1999). *What do doctors want? Developing incentives for doctors to serve in Indonesia's rural and remote areas*: The World Bank. Washington, DC.
- Chopra, M., Munro, S., Lavis, J. N., Vist, G., & Bennett, S. (2008). Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *The Lancet*, 371(9613), 668-674.
- Coast, J., & Horrocks, S. (2007). Developing attributes and levels for discrete choice experiments using qualitative methods. *Journal of health services research & policy*, 12(1), 25-30.
- Coast, J., Salisbury, C., De Berker, D., Noble, A., Horrocks, S., Peters, T., & Flynn, T. (2006). Preferences for aspects of a dermatology consultation. *British Journal of Dermatology*, 155(2), 387-392.
- Courtney, M., Edwards, H., Smith, S., & Finlayson, K. (2002). The impact of rural clinical placement on student nurses' employment intentions. *Collegian*, 9(1), 12-18.
- Çalışkan, Z. Ş. (2006). Annelerin prenatal bakım alma durumlarının doğum şekli ve yenidoğan sağlığına etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. İstanbul.
- Çetin, T. (2009). Ülkemizde sağlık insan gücü planlaması ve yönetimi açısından hekimlerin çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. İstanbul.
- de Bekker-Grob, E. (2009). Discrete choice experiments in health care: theory and applications. Thesis. Erasmus University. Rotterdam.
- de Bekker-Grob, E. W., Hofman, R., Donkers, B., van Ballegooijen, M., Helmerhorst, T. J., Raat, H., & Korfage, I. J. (2010). Girls' preferences for HPV vaccination: a discrete choice experiment. *Vaccine*, 28(41), 6692-6697.
- Dieleman, M., Cuong, P. V., & Martineau, T. (2003). Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam. *Human resources for health*, 1(1), 1-10.
- Dixon, S., Nancarrow, S. A., Enderby, P. M., Moran, A. M., & Parker, S. G. (2015). Assessing patient preferences for the delivery of different community-based models of care using a discrete choice experiment. *Health Expectations*, 18(5), 1204-1214.

- Dolea, C., Stormont, L., & Braichet, J.-M. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 379-385.
- Drakopoulos, S. A. (1994). Hierarchical choice in economics. *Journal of Economic Surveys*, 8(2), 133-153.
- Dubois, C.-A., & Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human resources for health*, 7(1), 87.
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human resources for health*, 1(1), 1.
- Efendi, F., Chen, C. M., Nursalam, N., Andriyani, N. W. F., Kurniati, A., & Nancarrow, S. A. (2016). How to attract health students to remote areas in Indonesia: a discrete choice experiment. *The International journal of health planning and management*, 31(4), 430-445.
- Erkan, A. (2011). Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. *Maliye Dergisi*, 160(423-438).
- Fields, B. E., Bell, J. F., Bigbee, J. L., Thurston, H., & Spetz, J. (2018). Registered nurses' preferences for rural and urban jobs: A discrete choice experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 11-19. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.05.012
- Fowkes, T., & Wardman, M. (1988). The design of stated preference travel choice experiments: with special reference to interpersonal taste variations. *Journal of transport economics and policy*, 27-44.
- Freywot, S., Mullan, F., Payne, P., & Ross, H. (2010). Compulsory service programme as means of deploying and retaining health workers in rural, remote and underserved areas: do they work. *Bulletin of the World Health Organisation*, 88, 364-370.
- Gerard, K., & Lattimer, V. (2005). Preferences of patients for emergency services available during usual GP surgery hours: a discrete choice experiment. *Family practice*, 22(1), 28-36.
- Gerard, K., Salisbury, C., Street, D., Pope, C., & Baxter, H. (2008). Is fast access to general practice all that should matter? a discrete choice experiment of patients' preferences. *Journal of health services research & policy*, 13.

- Gibbon, P., & Hales, J. (2006). Review of the Rural Retention Program. Final Report. *Australian Government, Department of Health and Ageing*. [Online] (<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.usf/content/>).
- Girasek, E., Eke, E., & Szócska, M. (2010). Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary. *Human resources for health*, 8(1), 13.
- Gosden, T., Bowler, I., & Sutton, M. (2000). How do general practitioners choose their practice? Preferences for practice and job characteristics. *Journal of health services research & policy*, 5(4), 208-213.
- Grobler, L., Marais, B. J., & Mabunda, S. (2015). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane database of systematic reviews*(6).
- Guay, F., Chanal, J., Ratelle, C. F., Marsh, H. W., Larose, S., & Boivin, M. (2010). Intrinsic, identified, and controlled types of motivation for school subjects in young elementary school children. *British Journal of Educational Psychology*, 80(4), 711-735.
- Guimarães, C., Marra, C. A., Gill, S., Simpson, S., Meneilly, G., Queiroz, R. H., & Lynd, L. D. (2010). A discrete choice experiment evaluation of patients' preferences for different risk, benefit, and delivery attributes of insulin therapy for diabetes management. *Patient preference and adherence*, 4, 433.
- Halil, C., & Akgün, A. (2001). *Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi. Ankara.
- Hall, J., Viney, R., Haas, M., & Louviere, J. (2004). Using stated preference discrete choice modeling to evaluate health care programs. *Journal of Business research*, 57(9), 1026-1032.
- Hanson, K., & Jack, W. (2008). Health Worker Preferences for Job Attributes in Ethiopia: Results from. *Health Systems for Outcomes Publication*, No: 53122. The World Bank. Washington.
- Hanson, K., & Jack, W. (2010). Incentives could induce Ethiopian doctors and nurses to work in rural settings. *Health affairs*, 29(8), 1452-1460.
- Hanson, K., McPake, B., Nakamba, P., & Archard, L. (2005). Preferences for hospital quality in Zambia: results from a discrete choice experiment. *Health economics*, 14(7), 687-701.

- Heinrich, C. J., & Wenger, J. B. (2002). The ‘rocket science’ of economics: The 2000 Nobel Prize winners—James J. Heckman and Daniel L. McFadden. In *Leading Contemporary Economists* (ss. 136-161): Routledge.
- Henderson, L. N., & Tulloch, J. (2008). Incentives for retaining and motivating health workers in Pacific and Asian countries. *Human resources for health*, 6(1), 18.
- Hensher, D. A., Rose, J. M., & Greene, W. H. (2005). *Applied choice analysis: a primer*: Cambridge university press.
- Hiligsmann, M., Dellaert, B. G., Dirksen, C. D., van der Weijden, T., Goemaere, S., Reginster, J.-Y., . . . Boonen, A. (2014). Patients’ preferences for osteoporosis drug treatment: a discrete-choice experiment. *Arthritis research & therapy*, 16(1), R36.
- Hole, A. R. (2007). Fitting mixed logit models by using maximum simulated likelihood. *The Stata Journal*, 7(3), 388-401.
- Hongoro, C., & McPake, B. (2004). How to bridge the gap in human resources for health. *The Lancet*, 364(9443), 1451-1456. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17229-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17229-2/fulltext)
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *Bmj*, 324(7341), 819-823.
- Huicho, L., Miranda, J. J., Diez-Canseco, F., Lema, C., Lescano, A. G., Lagarde, M., & Blaauw, D. (2012). Job preferences of nurses and midwives for taking up a rural job in Peru: a discrete choice experiment. *PloS one*, 7(12), e50315.
- Hurley, J. (1990). Simulated effects of incomes-based policies on the distribution of physicians. *Medical Care*, 221-238.
- Iipinge, S. N., Hofnie, K., van der Westhuizen, L., & Pendukeni, M. (2006). Perceptions of health workers about conditions of service: a Namibian case study. *EQUINET Discussion Paper*. 23.
- İşlek, E. (2019). Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti: Sorunlar ve Çözüm Önerileri (TÜSPE Analiz: 2019/1). *Ankara: TÜSPE Yayınları*.
- Jan, S., Bian, Y., Jumpa, M., Meng, Q., Nyazema, N., Prakongsai, P., & Mills, A. (2005). Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-

- constrained settings: problem or solution? *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 771-776.
- Janes, R., & Dowell, A. (2004). New Zealand rural general practitioners 1999 survey-- part 3: rural general practitioners speak out. *The New Zealand Medical Journal (Online)*, 117(1191).
- Jaskiewicz, W., Deussom, R., Wurts, L., & Mgomella, G. (2012). Rapid retention survey toolkit: designing evidence-based incentives for health workers. *Washington, DC: USAID and CapacityPlus*.
- Johnson, F. R., Lancsar, E., Marshall, D., Kilambi, V., Mühlbacher, A., Regier, D. A., . . . Bridges, J. F. (2013). Constructing experimental designs for discrete-choice experiments: report of the ISPOR conjoint analysis experimental design good research practices task force. *Value in health*, 16(1), 3-13.
- Johnson, F. R., Yang, J.-C., & Reed, S. D. (2019). The internal validity of discrete choice experiment data: a testing tool for quantitative assessments. *Value in health*, 22(2), 157-160.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (2013). Prospect theory: An analysis of decision under risk. In *Handbook of the fundamentals of financial decision making: Part I* (ss. 99-127): World Scientific.
- Kaye, D., Mwanika, A., & Sewankambo, N. (2010). Influence of the training experience of Makerere University medical and nursing graduates on willingness and competence to work in rural health facilities. *Rural Remote Health*, 10(1):1372.
- Kılıç, B. (2007). Türkiye için sağlık insangücü planlaması ve istihdam politikaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 501-514.
- Kılıç, M., & Şebnem, T. (2004). İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(1).
- Kimman, M. L., Dellaert, B. G., Boersma, L. J., Lambin, P., & Dirksen, C. D. (2010). Follow-up after treatment for breast cancer: one strategy fits all? An investigation of patient preferences using a discrete choice experiment. *Acta Oncologica*, 49(3), 328-337.

- King, M. T., Hall, J., Lancsar, E., Fiebig, D., Hossain, I., Louviere, J., . . . Jenkins, C. R. (2007). Patient preferences for managing asthma: results from a discrete choice experiment. *Health economics*, *16*(7), 703-717.
- Kjær, T. (2005). A review of the discrete choice experiment-with emphasis on its application in health care. *Health Economics Papers*. University Of Southern Denmark.
- Kjær, T., & Gyrd-Hansen, D. (2008). Preference heterogeneity and choice of cardiac rehabilitation program: results from a discrete choice experiment. *Health policy*, *85*(1), 124-132.
- Koçel, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği*. 10. Bası. ARIKAN Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti. İstanbul.
- Kolstad, J. R. (2011). How to make rural jobs more attractive to health workers. Findings from a discrete choice experiment in Tanzania. *Health economics*, *20*(2), 196-211.
- Koot, J., & Martineau, T. (2004). Mid-Term Review of the Zambian Health Workers Retention Scheme. *ZHWRS) 2003*.
- Kotzee, T., & Couper, I. (2006). What interventions do South African qualified doctors think will retain them in rural hospitals of the Limpopo province of South Africa? *Rural and Remote Health*, *6*: 581.
- Kovner, C. T., Corcoran, S. P., & Brewer, C. S. (2011). The relative geographic immobility of new registered nurses calls for new strategies to augment that workforce. *Health affairs*, *30*(12), 2293-2300.
- Kroes, E. P., & Sheldon, R. J. (1988). Stated preference methods: an introduction. *Journal of transport economics and policy*, 11-25.
- Kruk, M. E., Johnson, J. C., Gyakobo, M., Agyei-Baffour, P., Asabir, K., Kotha, S. R., . . . Dzodzomenyo, M. (2010). Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment. *Bulletin of the World Health Organization*, *88*, 333-341.
- Kuhfeld, W. (2013). Marketing research methods in SAS. 2010. *MR-2010*, 27-1285.
- Lagarde, M., & Blaauw, D. (2009). A review of the application and contribution of discrete choice experiments to inform human resources policy interventions. *Human resources for health*, *7*(1), 1-10.

- Lancaster, K. J. (1966). A new approach to consumer theory. *Journal of political economy*, 74(2), 132-157.
- Lancsar, E., & Louviere, J. (2008). Conducting discrete choice experiments to inform healthcare decision making. *Pharmacoeconomics*, 26(8), 661-677.
- Lancsar, E. J., Hall, J. P., King, M., Kenny, P., Louviere, J. J., Fiebig, D. G., . . . Jenkins, C. R. (2007). Using discrete choice experiments to investigate subject preferences for preventive asthma medication. *Respirology*, 12(1), 127-136.
- Larson, E. H., Johnson, K. E., Norris, T. E., Lishner, D. M., Rosenblatt, R. A., & Hart, L. G. (2003). State of the health workforce in rural America: profiles and comparisons. *Seattle, Wash: WWAMI Rural Health Research Center*.
- Laven, G., & Wilkinson, D. (2003). Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health*, 11(6), 277-284.
- Lehmann, U., Dieleman, M., & Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle-and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC health services research*, 8(1), 19.
- Lievens, T., Lindelow, M., & Serneels, P. (2009). Understanding health workforce issues: a selective guide to the use of qualitative methods. *Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health*, 129, 146.
- Liu, T., Li, S., Yang, R., Liu, S., & Chen, G. (2019). Job preferences of undergraduate nursing students in eastern China: a discrete choice experiment. *Human resources for health*, 17(1), 1.
- Liu, X. (2012). International experiences and implications of attraction and retention of health workers in rural areas. *Chinese J Health Policy*, 5(10), 33-38.
- Louviere, J. J. (1996). Relating stated preference measures and models to choices in real markets: Calibration of CV responses. *The Contingent Valuation of Environmental Resources: Methodological Issues and Research Needs*. Edward Elgar, Cheltenham, UK, 167-188.
- Mangham, L. J., & Hanson, K. (2008). Employment preferences of public sector nurses in Malawi: results from a discrete choice experiment. *Tropical Medicine & International Health*, 13(12), 1433-1441.

- Mangham, L. J., Hanson, K., & McPake, B. (2009). How to do (or not to do)... Designing a discrete choice experiment for application in a low-income country. *Health policy and planning*, 24(2), 151-158.
- Martineau, T., Lehman, U., Matwa, P., Kathyola, J., & Storey, K. (2006). Factors affecting retention of different groups of rural health workers in Malawi and Eastern Cape Province. *Bulletin of the World Health Organization*, 88:379-385.
- Masango, S., Gathu, K., & Sibandze, S. (2008). Retention strategies for Swaziland's health sector workforce: Assessing the role of non-financial incentives. *EQUINET Discussion Paper*, No: 68.
- Maslow, A. H. (1981). *Motivation and Personality*. A Division of Prabhat Prakashan.
- McCoy, D., Bennett, S., Witter, S., Pond, B., Baker, B., Gow, J., . . . McPake, B. (2008). Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 371(9613), 675-681.
- McFadden, D. (1999). To-pay in random utility models. *Trade, Theory, and Econometrics: Essays in Honour of John S. Chipman*, 15, 253.
- Mitchell, A. D., Bossert, T. J., Yip, W., & Mollahaliloglu, S. (2008). Health worker densities and immunization coverage in Turkey: a panel data analysis. *Human resources for health*, 6(1), 29.
- Mollahaliloğlu, S., Taşkaya, S., & Kosdak, M. (2010). A macro view on human resources for health in Turkey. *Cahiers de sociologie et de demographie medicales*, 50(4), 411-431.
- Morikawa, T., Ben-Akiva, M., & McFadden, D. (2002). Discrete Choice Models Incorporating Revealed Preferences and Psychometric Data. *Econometric Models in Marketing Advances in Econometrics: A Research Annual*, vol. 16. In: Elsevier Science Ltd.
- Mrayyan, M. T. (2005). Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan. *Journal of nursing management*, 13(1), 40-50.
- Nijer Sağlık Bakanlığı. (2008). *Impact of financial incentive measures for doctors, pharmacists and dentists*. Erişim: http://www.who.int/hrh/MLHW_review_2008.pdf.
- Osmanoğlu, S. (2005). Kesikli Seçim Analizi ve Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

- Ozcan, S., & Hornby, P. (1999). Determining hospital workforce requirements: a case study. *Hum Resour Dev J*, 3(3), 210-220.
- Özatkan, Y. (2018). Hekimlerin Tam Gün Çalışmasına Yönelik Politikalar: Ülke Örnekleri ve Türkiye. *TÜSPE Analiz*, 8.
- Özkan, Ş. (2014). Hastanelerde iş yüküne dayalı personel ihtiyacını belirleme: Kocaeli örneği. Doktora Tazi. Marmara Üniversitesi. İstanbul.
- Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Dönemi'nde sağlık hizmetleri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1).
- Öztürk, M., & Şahbudak, E. (2015). Akademisyenlikte İş Doyumu. *Journal of International Social Research*, 8(40).
- Park, B.-h., & Ko, Y. (2016). Hospital preferences of nursing students in Korea: a discrete choice experiment approach. *Human resources for health*, 14(1), 58.
- Penn-Kekana, L., Blaauw, D., Tint, K. S., Monareng, D., & Chege, J. (2005). Nursing staff dynamics and implications for maternal health provision in public health facilities in the context of HIV/AIDS. *Social and Behavioral Science Research*, Retrieved from http://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh.
- Rao, K. D., Ryan, M., Shroff, Z., Vujicic, M., Ramani, S., & Berman, P. (2013). Rural clinician scarcity and job preferences of doctors and nurses in India: a discrete choice experiment. *PloS one*, 8(12), e82984.
- Reid, S. (2001). Compulsory community service for doctors in South Africa-an evaluation of the first year. *South African Medical Journal*, 91(4), 329-335.
- Reid, S. (2004). Monitoring the effect of the new rural allowance for health professionals.
- Resmi Gazete. (2003). Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 4924.
- Resmi Gazete. (2005). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.
- Resmi Gazete. (2018). Genel Kadro ve Usulü Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. Kararname Sayısı: 2.

- Resmi Gazete. (2021). Sağlık Bakanlığında 2021 Yılı İlk Defa ve Yeniden Atama Kurası İlanı. Sayı: 1736/1-1.
- Robinson, J., & Wharrad, H. (2000). Invisible nursing: exploring health outcomes at a global level. Relationships between infant and under-5 mortality rates and the distribution of health professionals, GNP per capita, and female literacy. *Journal of advanced nursing*, 32(1), 28-40.
- Robinson, J. J., & Wharrad, H. (2001). The relationship between attendance at birth and maternal mortality rates: an exploration of United Nations' data sets including the ratios of physicians and nurses to population, GNP per capita and female literacy. *Journal of advanced nursing*, 34(4), 445-455. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-2648.2001.01773.x?sid=nlm%3Apubmed>
- Robyn, P. J., Bärnighausen, T., Souares, A., Savadogo, G., Bicaba, B., Sié, A., & Sauerborn, R. (2012). Health worker preferences for community-based health insurance payment mechanisms: a discrete choice experiment. *BMC health services research*, 12(1), 159.
- Rockers, P. C., Jaskiewicz, W., Wurts, L., Kruk, M. E., Mgomella, G. S., Ntalazi, F., & Tulenko, K. (2012). Preferences for working in rural clinics among trainee health professionals in Uganda: a discrete choice experiment. *BMC health services research*, 12(1), 1-13.
- Roemer, M. I. (1991). Global health and its determinants. *National Health Systems of the World*. Oxford University Press: Toronto, 11-30.
- Rubin, G., Bate, A., George, A., Shackley, P., & Hall, N. (2006). Preferences for access to the GP: a discrete choice experiment. *British Journal of General Practice*, 56(531), 743-748.
- Ryan, M., & Farrar, S. (2000). Using conjoint analysis to elicit preferences for health care. *Bmj*, 320(7248), 1530-1533.
- Sağır, T. (2004). İşletmelerde motivasyon uygulamaları.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı. (2010). *Sağlık Personeli Memnuniyeti Araştırması*. Erişim: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik_personeli_memnuniyeti_arastirmasi.pdf
- Sağlık Bakanlığı. (2017). *Türkiye Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması*. Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SAGEMpersonelMemnuniyeti2017.pdf>
- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*: Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Scott, A. (2001). Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics. *Journal of health economics*, 20(3), 329-347.
- Scott, A. (2002). Identifying and analysing dominant preferences in discrete choice experiments: an application in health care. *Journal of economic Psychology*, 23(3), 383-398.
- Sempowski, I. P. (2004). Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Can J Rural Med*, 9(2), 82-88.
- Serneels, P. M., Lindelow, M., Garcia-Montalvo, J., & Barr, A. (2006). For public service or money: Understanding geographical imbalances in the health workforce in Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 22(3):128-38. doi: 10.1093/heapol/czm005.
- Sivey, P. M., Scott, A., Witt, J., Humphreys, J., & Joyce, C. (2010). Why junior doctors don't want to become general practitioners: a discrete choice experiment from the MABEL longitudinal study of doctors. *SSRN Electronic Journal*, DOI: 10.2139/ssrn.1688667.
- Sloane, N. J. (2007). A library of orthogonal arrays. *Fixed-level arrays with more than three levels: OA*, 16(4.2).
- Song, K., Meng, Q., Scott, A., & Sivey, P. (2012). Analyzing health care providers' job preferences by discrete choice experiments: a literature review. *Chinese Health Econ*, 31(10), 91-93.
- Steers, R. M., Mowday, R. T., & Shapiro, D. L. (2004). The future of work motivation theory. *Academy of Management review*, 29(3), 379-387.

- Sun, H. Ö. (2002). İş doyumu üzerine bir araştırma: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası banknot matbaası genel müdürlüğü. *Professional Qualification thesis, Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Banknot Matbaası Genel Müdürlüğü, Ankara, Turkey.*
- Şantaş, F., Özlem, Ö., & ÇIRAKLI, Ü. (2012). Türk kalkınma planlarında sağlık insan gücü planlaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(2), 45-59.
- Tabip Odası, İstanbul. (2012). *Zorunlu Devlet Hizmeti Yükümlülüğü ve 08.12.2011 Günlü Anayasa Mahkemesi Kararı.* Erişim: <https://www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/mhaym.pdf>
- Takemura, T., Kielmann, K., & Blaauw, D. (2016). Job preferences among clinical officers in public sector facilities in rural Kenya: a discrete choice experiment. *Human resources for health*, 14(1), 1.
- T.C. Merkez Bankası (2021). Enflasyon Hesaplayıcısı. Erişim: http://www3.tcmb.gov.tr/enflasyoncalc/enflasyon_hesaplayici.html
- Thurstone, L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-454.
- Ubach, C., Scott, A., French, F., Awramenko, M., & Needham, G. (2003). What do hospital consultants value about their jobs? A discrete choice experiment. *Bmj*, 326(7404), 1432.
- van Dam, L., Hol, L., de Bekker-Grob, E., Steyerberg, E., Kuipers, E., Habbema, J., . . . Van Leerdam, M. (2010). What determines individuals' preferences for colorectal cancer screening programmes? A discrete choice experiment. *European journal of cancer*, 46(1), 150-159.
- Vujicic, M., Alfano, M., Ryan, M., Wesseh, C. S., & Brown-Annan, J. (2010a). Policy options to attract nurses to rural Liberia: evidence from a discrete choice experiment. *HNP Discussion Paper*. No: 58020. The World Bank. Washington.
- Vujicic, M., Alfano, M., Shengelia, B., & Witter, S. (2010b). Attracting doctors and medical students to rural Vietnam: insights from a discrete choice experiment. *HNP Discussion Paper*. No: 58461. The World Bank. Washington.
- Vujicic, M., Shengelia, B., Alfano, M., & Thu, H. B. (2011). Physician shortages in rural Vietnam: using a labor market approach to inform policy. *Social science & medicine*, 73(7), 970-977.

- Wang, L. (2002). A comparison of metropolitan and rural medical schools in China: which schools provide rural physicians? *Australian Journal of Rural Health, 10*(2), 94-98.
- Wertenbroch, K., & Skiera, B. (2002). Measuring consumers' willingness to pay at the point of purchase. *Journal of marketing research, 39*(2), 228-241.
- WHO. (2006). Working together for health: the World health report 2006: policy briefs. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010a). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010b). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2012). How to conduct a discrete choice experiment for health workforce recruitment and retention in remote and rural areas: a user guide with case studies. Geneva: World Health Organization.
- Wibulpolprasert, S., & Pengpaibon, P. (2003). Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. *Human resources for health, 1*(1), 1-17.
- Willis-Shattuck, M., Bidwell, P., Thomas, S., Wyness, L., Blaauw, D., & Ditlopo, P. (2008). Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. *BMC health services research, 8*(1), 247.
- Wilson, N., Couper, I., de Vries, E., Reid, S., Fish, T., & Marais, B. (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health, 9*(2):1060.
- Witter, S., Ha, B. T. T., Shengalia, B., & Vujicic, M. (2011). Understanding the 'four directions of travel': qualitative research into the factors affecting recruitment and retention of doctors in rural Vietnam. *Human resources for health, 9*(1), 20.
- Woloschuk, W., & Tarrant, M. (2004). Do students from rural backgrounds engage in rural family practice more than their urban-raised peers? *Medical education, 38*(3), 259-261.

- Wordsworth, S., Skåtun, D., Scott, A., & French, F. (2004). Preferences for general practice jobs: a survey of principals and sessional GPs. *British Journal of General Practice*, *54*(507), 740-746.
- Wu, D., Shi, Y., & Wu, S. (2017). Aspects prioritized by nursing undergraduates during choosing a position in grassroots medical institutions analyzed based on the discrete choice experiment. *Chinese General Practice*, *20*(30), 3759-3762.
- www.wikipedia.org. (2020). Trade-off. Retrieved from <https://en.wikipedia.org/wiki/Trade-off>
- Yeo, S. T., Edwards, R., Fargher, E., Luzio, S. D., Thomas, R. L., & Owens, D. R. (2012). Preferences of people with diabetes for diabetic retinopathy screening: a discrete choice experiment. *Diabetic medicine*, *29*(7), 869-877.
- Zurn, P., Dal Poz, M., Stilwell, B., & Adams, O. (2002). Imbalances in the health workforce: briefing paper. Geneva: World Health Organization.

EKLER

Ek 1. SB Bölge Hizmet Gruplandırmasına Göre İller

BÖLGE GRUP SIRALAMASI

TABİP

1. BÖLGE İLLER			
A Grubu	B Grubu	C Grubu	D Grubu
İSTANBUL	ADANA	KOCAELİ	BURSA
		İZMİR	ANKARA
		GAZİANTEP	
		MERSİN	
2. BÖLGE İLLER			
A Grubu	B Grubu	C Grubu	D Grubu
HATAY	EDİRNE	ANTALYA	YALOVA
	SAKARYA	DENİZLİ	BALIKESİR
	KONYA	ÇANAKKALE	TEKİRDAĞ
	ESKİŞEHİR	AYDIN	ZONGULDAK
	MANİSA	KAYSERİ	
		MUĞLA	
3. BÖLGE İLLER			
A Grubu	B Grubu	C Grubu	D Grubu
DÜZCE	KARABÜK	OSMANİYE	ORDU
SAMSUN	AFYONKARAHİSAR	KIRIKKALE	RİZE
	BARTIN	ISPARTA	GİRESUN
	BURDUR	KIRKLARELİ	TRABZON
	BİLECİK	KÜTAHYA	
	UŞAK	BOLU	
4. BÖLGE İLLER			
A Grubu	B Grubu	C Grubu	D Grubu
KİLİS	SİNOP	YOZGAT	TOKAT
ÇANKIRI		ÇORUM	AMASYA
			KASTAMONU
			NEVŞEHİR
			AKSARAY
			NİĞDE
			KIRŞEHİR
			KARAMAN
5. BÖLGE İLLER			
A Grubu	B Grubu	C Grubu	D Grubu
ERZİNCAN	ELAZIĞ	ARTVIN	
SİVAS	ERZURUM		
KAHRAMANMARAŞ			
ŞANLIURFA			
MALATYA			
DIYARBAKIR			
6. BÖLGE İLLER			
A Grubu	B Grubu	C Grubu	D Grubu
MARDİN	BİNGÖL	AĞRI	İĞDIR
TUNCELİ	ŞIRNAK		BAYBURT
BATMAN	ADIYAMAN		ARDAHAN
SİİRT	GÜMÜŞHANE		
KARS	VAN		
MUŞ			
HAKKARİ			
BİTLİS			

Ek 2. Odak Grup ve Görüşme Soruları

ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ SORU KÂĞIDI

Sayın Katılımcılar,

Öncelikle bu çalışmaya zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz. Bu toplantının (OGG) amacı Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Programında yürütmekte olduğum “Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları İle İlgili Tercihlerinin Kesikli Seçim Yöntemi İle İncelenmesi” isimli doktora tez çalışmam için ön bilgi toplamaktır.

Bu görüşmeden elde edeceğimiz ön bilgiler, araştırmanın soru formunun geliştirilmesinde kullanılacaktır. Toplantı süresinin 1-1,5 saat arasında olması beklenmektedir.

Bireylerin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini ücret, işyükü, yeterli malzeme ve ilaçlara erişim, lojman ve servis imkânı, kariyer ve eğitim fırsatı, yerleşim yeri gibi pek çok faktör etkilemektedir. Araştırma kapsamında hekim ve hemşirelerin farklı çalışma koşulları arasında yaptıkları tercihleri, bu tercihleri etkileyen özellikleri ve kırsal bölgelerde çalışmayı tercih etmelerini sağlayan teşvik ve belirleyicileri tespit etmek amaçlanmıştır.

Bu amaçla sizlere çalışma koşullarını belirleyen faktörlerle ilgili sorular soracağım ve görüşlerinizi serbestçe ifade etmenizi isteyeceğim. Burada beyan edeceğiz fikirlerin hiçbir kişi ya da kuruluşla paylaşılmayacağından sadece söz konusu tez çalışmam dâhilinde bilimsel amaçlı olarak kullanılacağından emin olabilirsiniz. O nedenle sadece fikirleri ve görüşleri kaydedeceğim, isimlerinizi ise hiçbir koşulda paylaşmayacağım.

Katkılarınız için şimdiden teşekkürlerimi bildiriyorum.

Uzm. Elif İŞLEK
Hacettepe Üniversitesi
Öğrenci No:N09241009

Sorular:

1. Sizce bir sağlık personelinin çalışma koşulları ile ilgili tercihlerini belirleyen en önemli faktörler nelerdir?
2. Bir bölgede, bir ilde veya bir kurumda çalışmanızı teşvik edecek en önemli unsurlar nelerdir?
3. Aşağıda alışma koşullarını belirleyen faktörleri kendinize göre önem sırasına koyunuz.

İşyüğü

Ücret

Eğitim fırsatı

Kariyer fırsatı

Yerleşim yeri (Kırsal/Merkez)

Ekipman, malzeme ve ilaçlara erişim

Lojman

Servis

Kurum költürü/Yönetim tarzı

Hastanenin Güvenlik Hizmetleri

Takdir/Ödöl sisteminin varlığı

Memlekete yakınlık?

4. Sizce en düşük ve en yüksek hekim/hemşire maaşı ne kadar olmalı?
5. Mevcut sağlık sisteminde, daha iyi sağlık hizmeti sunabilmeniz için sizce yapılması gereken düzenlemeler nelerdir?

Ek 3. Anket Formları

Grup: 1

HEKİM SORU FORMU

Uygulandığı İl:.....
Görüşme Tarihi:

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Programı çerçevesinde "Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerinin Kesikli Seçim Yöntemi ile Belirlenmesi" başlıklı doktora tez çalışması kapsamında gerçekleştirilmektedir.

Çalışma gizlilik ve gönüllülük esasına uygun olarak yürütülmekte olup cevaplarınız sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Veri girişi ve analizi adınızdan tamamen bağımsız olarak yapılacaktır; bireysel cevaplar değil, tüm katılımcıların ortak verisi dikkate alınacaktır.

Hekimleri kırsal bölgelerde çalışmaya teşvik edecek unsurların belirlenmesi, motivasyon faktörlerinin birbirlerine göre göreceli önemlerinin ortaya çıkarılması amacıyla tasarlanan bu soru formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm demografik bilgilerinizle ilgili sorulardan oluşurken ikinci bölümde ise çalışma koşulları verilen iki bölgeden birini seçme şansınız olsa hangisini seçeceğinizi ölçmek amacıyla 18 adet senaryo çiftinden oluşmaktadır. Doğru ya da yanlış cevabın bulunmadığı anketimizde sadece içinizden geldiği gibi cevap vermeniz beklenmektedir. Soru formu 20 dakikada cevaplanabilecek şekilde tasarlanmıştır. Çalışmaya verdiğiniz katkı nedeniyle şimdiden teşekkür ederim.

Uzm. Elif İŞLEK

Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Yönetimi AD Doktora Programı

Anketime katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıya imzanızı atarak soruları cevaplandırmaya başlayınız.

Adınız ve Soyadınız:

İmzanız:

Tarih:

I. Bölüm: Sosyo-Demografik Özellikler

1. Doğum tarihinizi yıl olarak belirtiniz:
2. Cinsiyetinizi işaretleyiniz.
1. Kadın 2. Erkek
3. Nerelisiniz?
..... 1. Merkez 2. Kırsal/Taşra
4. Üniversiteyi hangi ilde okudunuz? (YAZINIZ).....
5. Uzmanlık durumunuz? 1. Pratisyen hekim
2. Uzman hekim (uzmanlık alanınızı YAZINIZ.....)
6. Medeni durumunuz nedir?
1. Evli değil 2. Evli
7. Çocuğunuz var mı?
1. Yok 2. Var
8. Evli iseniz işinizden kaynaklanan sebeplerden ötürü aile bütünlüğünüzü olumsuz etkileyen bir durum yaşıyor musunuz? (Eşinizden veya çocuğunuzdan (bir veya birkaçı) ayrı bir ilde mi yaşıyorsunuz?)
1. Hayır 2. Evet
9. Oturduğunuz evin mülkiyet durumu nedir?
1. Lojman
2. Kira
3. Kendi evim
4. Otel/misafirhane
5. Akraba/arkadaş evi
6. Diğer (YAZINIZ):.....
10. Aylık ortalama geliriniz nedir?
1. Kendinizin.....
2. Ailenizin..... (Tüm ev halkının kazancı, gayrimenkul gelirleri vb. dahil)
11. Meslekte çalışma süreniz nedir? (Yıl ve ay olarak belirtiniz)
.....
12. Bu şehirde çalışma süreniz nedir? (Yıl ve ay olarak belirtiniz)
.....
13. Bu hastanede çalışma süreniz nedir? (Yıl ve ay olarak belirtiniz)
.....
14. Bugüne kadar çalıştığınız sağlık kuruluşu sayısı kaçtır?(YAZINIZ)Adet

15. Mesai biçiminiz nedir?
1. Sadece gündüz mesaisi
2. Gündüz mesaisi + Nöbet
3. Gece
4. Diğer (YAZINIZ).....
16. Nöbetler dahil haftalık ortalama çalışma saatiniz nedir?saat çalışırım.
17. İdari göreviniz var mı? (Birim sorumluluğu, başhekim yardımcılığı, başhekim vb.)
1. Yok 2. Var (YAZINIZ).....
18. Mecburi hizmet durumunuz hangisidir?
1. Mecburi hizmetimi yaptım
2. Mecburi hizmetimi yapıyorum
3. Henüz yapmadım
4. Diğer (YAZINIZ).....
19. Daha önce kırsal/taşra olarak nitelendirdiğiniz bir yerde çalıştınız mı veya yaşadınız mı?
1. Hayır 2. Evet (NERESİ/NERELER YAZINIZ).....
20. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
1. Çok kötü
2. Kötü
3. Orta
4. İyi
5. Çok iyi
21. İşinizi yapmayı zorlaştıran kronik ya da kronik olmayan bir hastalığınız var mı?
1. Yok 2. Var

II. Bölüm: Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihleriniz

Bu bölümde Sağlık Bakanlığının PDC doluluk oranına göre belirlemiş olduğu ve 1. ve 6. Bölgedeki iller için çalışma koşulları ile ilgili 7 özellik (kreş, tesis altyapısı, eğitim fırsatı, lojman, iş yükü, ücret ve kariyer fırsatı) dikkate alınarak hazırlanmış 18 adet senaryo çifti yer almaktadır.

1. BÖLGE İLLER: Adana, İzmir, Kocaeli, İstanbul, Bursa, Ankara, Mersin, Gaziantep

6. BÖLGE İLLER: Tunceli, Kars, Ardahan, Bingöl, Batman, Adıyaman, Gümüşhane, Muş, Hakkâri, Bayburt, Ağrı, Bitlis, Mardin, Iğdır, Siirt, Van, Şırnak

Senaryolarla ilgili seçiminizi yaparken lütfen Sağlık Bakanlığının size çalışmanız için belirli çalışma koşullarına sahip iki bölge seçeneği sunduğunu hayal ediniz. Ve kendiniz için en uygun olanı ya da hangisinde çalışmak istediğinizi seçiniz. Bu çalışma koşulları ile ilgili açıklamalar aşağıda verilmiştir.

1. Kreş:

Var: Çalışacağınız kurumun içinde ya da yakınında devlet tarafından güvenlik hizmeti sağlanmış kreş imkânının sağlanmış olması durumu.

Yok: Herhangi bir kreş imkânı yok.

2. Altyapı:

Yeterli: Hizmet sunumu ve çalışma ortamı için gerekli her türlü cihaz, alet, malzeme ve donanımın yeterli olduğu durum.

Yetersiz: Bazı müdahale ve işlemler için malzeme sıkıntısı yaşanabilmekte.

3. Eğitim fırsatı:

Var: Almak isteyebileceğiniz uzmanlık, yan dal uzmanlık veya doktora vb. eğitimler için fırsat var.

Yok: Hizmet içi eğitimler dışında herhangi bir eğitim için fırsat yok.

4. Lojman:

Var: Çalışacağınız kurumun içinde ya da yakınında devlet tarafından sizin ve aileniz için uygun ve güvenli bir lojman sağlanmış olması durumu

Yok: Herhangi bir lojman hizmeti yok.

5. İş yükü:

Fazla: Haftalık 40 saate ek gece mesaisi yapmak zorundasınız.

Normal: Haftalık 40 saati aşmayan çalışma programları mevcut.

6. Ücret: 3 farklı seçenek bulunmaktadır.

6.000 – 10.999 TL

11.000 – 15.999 TL

16.000 – 21.000 TL

7. Kariyer Fırsatı:

Var: İşyerinde yöneticilik veya farklı sorumluluk pozisyonları için fırsatların olması durumu.

Yok: Herhangi bir kariyer fırsatı yok.

1. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Var
Altyapı	Yeterli	Yeterli
Eğitim fırsatı	Var	Var
Lojman	Yok	Var
İş yükü	40 saatten fazla	Haftalık 40 saat
Ücret	11.000 – 15.999 TL	11.000 – 15.999 TL
Kariyer fırsatı	Var	Var

İşaretleyiniz

2. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Var
Altyapı	Yeterli	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Var
Lojman	Var	Yok
İş yükü	Haftalık 40 saat	Haftalık 40 saat
Ücret	16.000 – 21.000 TL	16.000 – 21.000 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Yok

İşaretleyiniz

3. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Var
Altyapı	Yetersiz	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Var	Yok
İş yükü	Haftalık 40 saat	40 saatten fazla
Ücret	11.000 – 15.999 TL	11.000 – 15.999 TL
Kariyer fırsatı	Var	Yok

İşaretleyiniz

16. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Var
Altyapı	Yetersiz	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Yok	Yok
İş yükü	Haftalık 40 saat	Haftalık 40 saat
Ücret	16.000 – 21.000 TL	6.000 – 10.999 TL
Kariyer fırsatı	Var	Var

İşaretleyiniz

17. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Yok
Altyapı	Yetersiz	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Var
Lojman	Var	Var
İş yükü	40 saatten fazla	40 saatten fazla
Ücret	11.000 – 15.999 TL	11.000 – 15.999 TL
Kariyer fırsatı	Var	Yok

İşaretleyiniz

18. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Yok
Altyapı	Yeterli	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Var	Yok
Lojman	Yok	Yok
İş yükü	40 saatten fazla	40 saatten fazla
Ücret	6.000 – 10.999 TL	6.000 – 10.999 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Yok

İşaretleyiniz

19. Sizi kırsal bir bölgede çalışmaya teşvik edecek aşağıda yer alan unsurları önem derecesine göre sıralayınız.

- Kreş
- Altyapı
- Eğitim fırsatı
- Lojman
- İş yükü
- Ücret
- Kariyer fırsatı

20. Sizce hekimlerin kırsal bölgelerde çalışmalarını teşvik edecek başka önemli unsurlar nelerdir?

.....

Grup: 2

HEMŞİRE SORU FORMU

Uygulandığı İl:.....
Görüşme Tarihi:

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Doktora Programı çerçevesinde "Hekim ve Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihlerinin Kesikli Seçim Yöntemi ile Belirlenmesi" başlıklı doktora tez çalışması kapsamında gerçekleştirilmektedir.

Çalışma gizlilik ve gönüllülük esasına uygun olarak yürütülmekte olup cevaplarınız sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Veri girişi ve analizi adınızdan tamamen bağımsız olarak yapılacaktır; bireysel cevaplar değil, tüm katılımcıların ortak verisi dikkate alınacaktır.

Hemşireleri kırsal bölgelerde çalışmaya teşvik edecek unsurların belirlenmesi, motivasyon faktörlerinin birbirlerine göre göreceli önemlerinin ortaya çıkarılması amacıyla tasarlanan bu soru formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm demografik bilgilerinizle ilgili sorulardan oluşurken ikinci bölümde ise çalışma koşulları verilen iki bölgeden birini seçme şansınız olsa hangisini seçeceğinizi ölçmek amacıyla 18 adet senaryo çiftinden oluşmaktadır. Doğru ya da yanlış cevabın bulunmadığı anketimizde sadece içinizden geldiği gibi cevap vermeniz beklenmektedir. Soru formu 20 dakikada cevaplanabilecek şekilde tasarlanmıştır. Çalışmaya verdiğiniz katkı nedeniyle şimdiden teşekkür ederim.

Uzm. Elif İŞLEK

Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Yönetimi AD Doktora Programı

Anketime katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıya imzanızı atarak soruları cevaplandırmaya başlayınız.

Adınız ve Soyadınız:

İmzanız:

Tarih:

I. Bölüm: Sosyo-Demografik Özellikler

1. Doğum tarihinizi yıl olarak belirtiniz:
2. Cinsiyetinizi işaretleyiniz.
 1. Kadın
 2. Erkek
3. Nerelisiniz?
 - 1. Merkez
 2. Kırsal/Taşra
4. Eğitim durumunuz nedir?
 1. Lise
 2. Ön lisans
 3. Lisans
 4. Yüksek lisans veya doktora
 5. Diğer (YAZINIZ).....
5. En son bitirdiğiniz okulu hangi ilde okudunuz? (YAZINIZ).....
6. Medeni durumunuz nedir?
 1. Evli değil
 2. Evli
7. Çocuğunuz var mı?
 1. Yok
 2. Var
8. Evli iseniz işinizden kaynaklanan sebeplerden ötürü aile bütünlüğünüzü olumsuz etkileyen bir durum yaşıyor musunuz? (Eşinizden veya çocuğunuzdan (bir veya birkaçı) ayrı bir ilde mi yaşıyorsunuz?)
 1. Hayır
 2. Evet
9. Oturduğunuz evin mülkiyet durumu nedir?
 1. Lojman
 2. Kira
 3. Kendi evim
 4. Otel/misafirhane
 5. Akrafa/arkadaş evi
 6. Diğer (YAZINIZ):.....
10. Aylık ortalama geliriniz nedir?
 1. Kendinizin.....
 2. Ailenizin..... (Tüm ev halkının kazancı, gayrimenkul gelirleri vb. dahil)
11. Meslekte çalışma süreniz nedir? (Yıl ve ay olarak belirtiniz)

.....
12. Bu şehirde çalışma süreniz nedir? (Yıl ve ay olarak belirtiniz)

.....
13. Bu hastanede çalışma süreniz nedir? (Yıl ve ay olarak belirtiniz)

14. Bugüne kadar çalıştığınız sağlık kuruluşu sayısı kaçtır? (YAZINIZ)Adet
15. Mesai biçiminiz nedir?
 1. Sadece gündüz mesaisi
 2. Gündüz mesaisi + Nöbet
 3. Gece
 4. Diğer (YAZINIZ).....
16. Nöbetler dahil haftalık ortalama çalışma saatiniz nedir?saat çalışırım.
17. İdari göreviniz var mı? (Müdür, müdür yrd., koordinatör, birim sorumlusu vb.)
 1. Yok 2. Var (YAZINIZ).....
18. Çalışma şekliniz nedir?
 1. 657/4A'ya tabi memur
 2. 657/4B'ye tabi sözleşmeli memur
 3. 4924 sayılı kanuna tabi sözleşmeli çalışan
 4. Diğer (YAZINIZ).....
19. Daha önce kırsal/taşra olarak nitelendirdiğiniz bir yerde çalıştınız mı veya yaşadınız mı?
 1. Hayır 2. Evet (NERESİ/NERELER YAZINIZ).....
20. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 1. Çok kötü
 2. Kötü
 3. Orta
 4. İyi
 5. Çok iyi
21. İşinizi yapmayı zorlaştıran kronik ya da kronik olmayan bir hastalığınız var mı?
 1. Yok 2. Var

II. Bölüm: Çalışma Koşulları ile İlgili Tercihleriniz

Bu bölümde Sağlık Bakanlığının PDC doluluk oranına göre belirlemiş olduğu ve 1. ve 6. Bölgedeki iller için çalışma koşulları ile ilgili 7 özellik (kreş, tesis altyapısı, eğitim fırsatı, lojman, iş yükü, ücret ve kariyer fırsatı) dikkate alınarak hazırlanmış 18 adet senaryo çifti yer almaktadır.

1. BÖLGE İLLER: Adana, İzmir, Kocaeli, İstanbul, Bursa, Ankara, Mersin, Gaziantep

6. BÖLGE İLLER: Tunceli, Kars, Ardahan, Bingöl, Batman, Adıyaman, Gümüşhane, Muş, Hakkâri, Bayburt, Ağrı, Bitlis, Mardin, Iğdır, Siirt, Van, Şırnak

Senaryolarla ilgili seçiminizi yaparken lütfen Sağlık Bakanlığının size çalışmanız için belirli çalışma koşullarına sahip iki bölge seçeneği sunduğunu hayal ediniz. Ve kendiniz için en uygun olanı ya da hangisinde çalışmak istediğinizi seçiniz. Bu çalışma koşulları ile ilgili açıklamalar aşağıda verilmiştir.

1. Kreş:

Var: Çalışacağınız kurumun içinde ya da yakınında devlet tarafından güvenlik hizmeti sağlanmış kreş imkânının sağlanmış olması durumu.

Yok: Herhangi bir kreş imkânı yok.

2. Altyapı:

Yeterli: Hizmet sunumu ve çalışma ortamı için gerekli her türlü cihaz, alet, malzeme ve donanımın yeterli olduğu durum.

Yetersiz: Bazı müdahale ve işlemler için malzeme sıkıntısı yaşanabilmekte.

3. Eğitim fırsatı:

Var: Almak isteyebileceğiniz lisans, yüksek lisans veya diğer eğitimler için fırsat var.

Yok: Hizmet içi eğitimler dışında herhangi bir eğitim için fırsat yok.

4. Lojman:

Var: Çalışacağınız kurumun içinde ya da yakınında devlet tarafından sizin ve aileniz için uygun ve güvenli bir lojman sağlanmış olması durumu

Yok: Herhangi bir lojman hizmeti yok.

5. İş yükü:

Fazla: Haftalık 40 saate ek gece mesaisi yapmak zorundasınız.

Normal: Haftalık 40 saati aşmayan çalışma programları mevcut.

6. Ücret: 3 farklı seçenek bulunmaktadır.

3.000 – 4.499 TL

4.500 – 5.999 TL

6.000 – 7.500 TL

7. Kariyer Fırsatı:

Var: İşyerinde yöneticilik veya farklı sorumluluk pozisyonları için fırsatların olması durumu.

Yok: Herhangi bir kariyer fırsatı yok.

1. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Yok
Altyapı	Yeterli	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Yok	Yok
İş yükü	40 saatten fazla	Haftalık 40 saat
Ücret	3.000 – 4.499 TL	4.500 – 5.999 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Var

İşaretleyiniz

2. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Var
Altyapı	Yetersiz	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Var	Yok
İş yükü	Haftalık 40 saat	40 saatten fazla
Ücret	3.000 – 4.499 TL	6.000 – 7.500 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Var

İşaretleyiniz

3. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Var
Altyapı	Yeterli	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Var	Var
Lojman	Yok	Yok
İş yükü	40 saatten fazla	Haftalık 40 saat
Ücret	3.000 – 4.499 TL	3.000 – 4.499 TL
Kariyer fırsatı	Var	Var

İşaretleyiniz

4. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Yok
Altyapı	Yetersiz	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Var	Yok
Lojman	Var	Yok
İş yükü	40 saatten fazla	Haftalık 40 saat
Ücret	6.000 – 7.500 TL	6.000 – 7.500 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Var

İşaretleyiniz

5. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Yok
Altyapı	Yetersiz	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Yok	Var
Lojman	Var	Var
İş yükü	40 saatten fazla	40 saatten fazla
Ücret	6.000 – 7.500 TL	3.000 – 4.499 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Yok

İşaretleyiniz

6. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Yok
Altyapı	Yeterli	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Yok	Yok
İş yükü	Haftalık 40 saat	Haftalık 40 saat
Ücret	3.000 – 4.499 TL	4.500 – 5.999 TL
Kariyer fırsatı	Var	Yok

İşaretleyiniz

7. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Var
Altyapı	Yetersiz	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Yok	Var
İş yükü	40 saatten fazla	40 saatten fazla
Ücret	3.000 – 4.499 TL	6.000 – 7.500 TL
Kariyer fırsatı	Var	Yok

İşaretleyiniz

8. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Yok
Altyapı	Yetersiz	Yeterli
Eğitim fırsatı	Var	Yok
Lojman	Var	Var
İş yükü	Haftalık 40 saat	40 saatten fazla
Ücret	4.500 – 5.999 TL	6.000 – 7.500 TL
Kariyer fırsatı	Var	Yok

İşaretleyiniz

9. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Yok
Altyapı	Yeterli	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Yok	Var
İş yükü	Haftalık 40 saat	Haftalık 40 saat
Ücret	4.500 – 5.999 TL	4.500 – 5.999 TL
Kariyer fırsatı	Var	Var

İşaretleyiniz

10. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Var
Altyapı	Yeterli	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Var	Var
Lojman	Yok	Var
İş yükü	40 saatten fazla	40 saatten fazla
Ücret	6.000 – 7.500 TL	3.000 – 4.499 TL
Kariyer fırsatı	Var	Yok

İşaretleyiniz

11. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Var
Altyapı	Yetersiz	Yeterli
Eğitim fırsatı	Yok	Var
Lojman	Yok	Var
İş yükü	Haftalık 40 saat	Haftalık 40 saat
Ücret	6.000 – 7.500 TL	3.000 – 4.499 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Yok

İşaretleyiniz

12. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Yok
Altyapı	Yeterli	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Yok	Var
Lojman	Yok	Var
İş yükü	40 saatten fazla	40 saatten fazla
Ücret	6.000 – 7.500 TL	3.000 – 4.499 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Yok

İşaretleyiniz

13. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Yok
Altyapı	Yeterli	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Var	Yok
Lojman	Var	Var
İş yükü	Haftalık 40 saat	40 saatten fazla
Ücret	4.500 – 5.999 TL	4.500 – 5.999 TL
Kariyer fırsatı	Var	Yok

İşaretleyiniz

14. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Var
Altyapı	Yetersiz	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Var	Yok
Lojman	Var	Yok
İş yükü	Haftalık 40 saat	Haftalık 40 saat
Ücret	6.000 – 7.500 TL	4.500 – 5.999 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Yok

İşaretleyiniz

15. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Var
Altyapı	Yeterli	Yeterli
Eğitim fırsatı	Var	Var
Lojman	Yok	Var
İş yükü	Haftalık 40 saat	Haftalık 40 saat
Ücret	4.500 – 5.999 TL	3.000 – 4.499 TL
Kariyer fırsatı	Var	Var

İşaretleyiniz

16. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Var
Altyapı	Yetersiz	Yetersiz
Eğitim fırsatı	Yok	Yok
Lojman	Var	Yok
İş yükü	Haftalık 40 saat	Haftalık 40 saat
Ücret	6.000 – 7.500 TL	6.000 – 7.500 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Var

İşaretleyiniz

17. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Var	Var
Altyapı	Yeterli	Yeterli
Eğitim fırsatı	Var	Yok
Lojman	Var	Yok
İş yükü	40 saatten fazla	40 saatten fazla
Ücret	3.000 – 4.499 TL	6.000 – 7.500 TL
Kariyer fırsatı	Var	Var

İşaretleyiniz

18. Seçme şansınız olsa aşağıdaki çalışma koşullarının olduğu bölgelerden hangisinde çalışmak isterdiniz?

	1. BÖLGE	6. BÖLGE
Kreş	Yok	Yok
Altyapı	Yetersiz	Yeterli
Eğitim fırsatı	Var	Var
Lojman	Var	Yok
İş yükü	40 saatten fazla	40 saatten fazla
Ücret	3.000 – 4.499 TL	4.500 – 5.999 TL
Kariyer fırsatı	Yok	Var

İşaretleyiniz

19. Sizi kırsal bir bölgede çalışmaya teşvik edecek aşağıda yer alan unsurları önem derecesine göre sıralayınız.

- Kreş
- Altyapı
- Eğitim fırsatı
- Lojman
- İş yükü
- Ücret
- Kariyer fırsatı

20. Sizce hemşireleri kırsal bölgelerde çalışmaya teşvik edecek başka önemli unsurlar nelerdir?

.....